

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

76

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 Décembre, à une heure

PAR

GAYMAN (BENZEL)

Né à Schavli (Russie), le 12 Janvier 1866.

SARCOME KISTIQUE

EN GRAPPE

DE LA MUQUEUSE DU COL UTÉRIN

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { RICARD, professeur.
JALAGUIER et SEBILEAU, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 Décembre, à une heure

PAR

GAYMAN (BENZEL)

Né à Schavli (Russie), le 12 Janvier 1866.

SARCOME KYSTIQUE

EN GRAPPE

DE LA MUQUEUSE DU COL UTÉRIN

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { RICARD, professeur.
 { JALAGUIER et SEBILEAU, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

76

76

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL.
	Professeurs.	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHEL.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale		POUCHE.
Hygiène.		LANDOUZY.
Médecine légale.		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale		LABOULBENE.
		STRAUS.
		G. SEE.
Clinique médicale	{	POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		N...
Clinique des maladies du système nerveux.	{	TILLAUX.
		N...
Clinique chirurgicale	{	DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique ophtalmologique.		PANAS.
Clinique d'accouchement	{	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

Agréés en exercice.

MM.			
ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLOT.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	des travaux ana-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	tomiques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTERRER.	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE

MAXIME BRANDO

MÉDECIN MILITAIRE A RIGA (RUSSIE)

ET

A MA TANTE

HENRIETTE BRANDO

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR TERRIER

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR RECLUS

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR HARTMANN

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR LACOMBE

A M. LE DOCTEUR DESCROIZILLES

MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR TILLAUX

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554035_0032

AVANT-PROPOS

En décembre 1892 mon maître, M. le professeur Terrier, pratiqua une hystérectomie abdominale pour une tumeur utérine paraissant liquide. Mais à la section de l'utérus il en sortit, en même temps qu'un liquide clair et limpide, « une masse qui paraissait constituée par une série de kystes agglomérés et rappelant parfaitement l'aspect d'une môle hydatiforme ». L'examen de la pièce, pratiqué par M. le professeur Cornil, fit constater dans les parois des kystes un tissu sarcomateux très riche en vaisseaux sanguins (1). La tumeur avait évidemment son point de départ dans le canal cervical auquel elle était attachée par un pédicule.

J'ai cru, que ce cas, intéressant par lui-même, devait être rattaché à cette espèce particulière de sarcome du col utérin que les auteurs allemands ont décrit sous différentes dénominations : « Sarcome papillaire hydropique », « mytoma enchondromatodes arborescens colli uteri », « myosarcome striocellulaire en grappe de l'utérus », etc. Le silence presque complet des auteurs français sur

(1) V. Observation personnelle, n° 2.

cette singulière affection m'engagea à aborder son étude clinique et anatomo-pathologique, d'après les auteurs étrangers, surtout allemands.

Je suis heureux de pouvoir remercier sincèrement à cette place mes chers maîtres, M. le professeur Terrier et M. le professeur agrégé Reclus, qui m'ont guidé dans mes études chirurgicales, M. le Dr Hartmann pour les bons conseils qu'il nous a donnés au courant de ce travail. Je remercie également M. le professeur Cornil pour l'examen de la pièce.

Le sujet étant tout à fait nouveau dans la littérature française, je me permets de publier *in extenso* la traduction de l'observation remarquable de Pfannenstiel et les observations cliniques accompagnées d'un résumé anatomo-pathologique de tous les autres cas.

Nous sommes heureux de pouvoir également remercier, Monsieur le professeur Tillaux de l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse; qu'il reçoive ici tous nos remerciements.

HISTORIQUE

Si l'affection dont il s'agit est encore peu connue à l'heure actuelle, elle l'était encore moins il y a une vingtaine d'années et était complètement inconnue au début de ce siècle. Cependant Ch. Mansfield Clarke décrit dans son livre (1), des excroissances en chou-fleur (Cansflower excrescences) ayant pour point de départ une partie ou tout l'orifice externe du col; indépendants du corps utérin, très vasculaires et rappelant par leur consistance le tissu placentaire. Il les considérait comme des tumeurs bénignes. Quelques-uns des cas cités par lui rappellent bien par la marche de la maladie et en partie par la forme extérieure de la tumeur ce que nous proposons d'appeler « sarcome kystique en grappe de la muqueuse du col utérin ».

Plus tard E. de Siebold, dans son ouvrage sur le cancer de l'utérus, décrit la maladie de Clarke, qu'il considère comme maligne, de la manière suivante :

« Tout d'abord c'est la partie vaginale de la matrice qui est envahie par la néoformation. Il s'y forme de petites tumeurs, qui augmentent peu à peu de

(1) Diseases of females.

volume, ont une paroi mince, sont remplies de sang visqueux et ressemblent le plus aux polypes muqueux des fosses nasales et du pharynx; ils sont seulement plus remplis de liquide et donnent par conséquent la sensation d'un corps plus résistant. Ils augmentent toujours en nombre et en volume et remplissent souvent tout le vagin », etc. Et plus loin :

« Si l'on pratique l'ablation de ces tumeurs, elles s'écrasent, en laissant écouler un sang visqueux, et il n'en reste que des pellicules vides. » Il est possible, que Siebold confondait dans la même description des affections différentes, mais cette description rappelle surtout le sarcome kystique en grappe. D'ailleurs, le sarcome de l'utérus était inconnu à cette époque, et c'est Virchow qui le premier a attiré l'attention sur les sarcomes de la muqueuse utérine et sur la transformation possible des fibro-myomes en sarcomes. Une description clinique plus détaillée d'un cas probablement de sarcome en grappe du col de l'utérus est donnée par Weber, mais l'examen anatomo-pathologique est sommaire et incomplet. De même, dans le cas de Fhiede, la description anatomo-pathologique est très défectueuse. C'est Spiegelberg qui le premier donna deux bonnes descriptions de sarcome en grappe du col utérin sous le nom de « sarcome papillaire hydropique du col utérin. »

Il émet l'hypothèse que la forme extérieure de la tumeur est due probablement à la structure particulière de la muqueuse du col, riche en papilles ; l'œdème et les cavités kystiques seraient dus en partie à la position déclive de la tumeur, en partie et principalement, à un trouble de la circulation dans la tumeur.

Le cas de Rein suit de très près ceux de Spiegelberg et leur ressemble presque complètement. Rein prétend avoir affaire à un mytome spécial ; on lui objecte, que les pièces qu'il a examinées n'étaient pas des pièces fraîches, mais conservées dans l'alcool. Suivent ensuite les cas de Kunert, Kunitz, Pernice, Nunde et Kleinschmidt, enfin Pfannenstiel résume tous ces cas et donne une observation remarquable dont nous publions la traduction *in extenso*. Le nom de « sarcome en grappe de la muqueuse du col de l'utérus » est donné par Pfannenstiel ; j'ajoute « kystique », parce que dans presque tous les cas l'évolution de la tumeur s'accompagnait d'une formation de cavités kystiques et parce que, dans le cas qui m'est personnel, cette dégénérescence kystique était véritablement caractéristique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le sarcome en grappe débute par une ou, le plus souvent, par plusieurs végétations polypiformes au niveau de la muqueuse du col de l'utérus, généralement, plus près de l'orifice externe. Ces végétations diffèrent peu au début des polypes muqueux ordinaires ; elles sont seulement plus molles, gélatineuses, friables. Leur accroissement est rapide, et alors toute la néoformation prend la forme d'une grappe de raisin très caractéristique. A cette période on peut distinguer deux parties différentes dans la tumeur : une partie périphérique, composée de petits corps pédiculés, sphériques ou ovoïdes, plus ou moins aplatis, et une partie centrale sous forme de tige plus ferme, qui se continue avec le pédicule de la tumeur sortant de l'orifice externe du col. Ordinairement on trouve une grappe dans le vagin, implantée sur la face interne d'une des lèvres du col, parfois il en existe plusieurs sortant d'une ou des deux lèvres à la fois. Tout autour de la tumeur principale on trouve de petites végétations isolées, des bouquets de polypes gélatiniformes. La tumeur s'accroît rapidement, remplit au bout de quelques mois tout le vagin et peut atteindre le volume d'une tête d'enfant.

Au début, les petits polypes constituant la partie périphérique s'isolent facilement, ont des pédicules minces sortant de la tige principale; leur coloration varie du jaune claire au rouge vineux, en rapport avec l'épanchement de sang qui se produit presque toujours dans leur tissu; ils s'écrasent facilement entre les doigts; leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une noix. Plus tard plusieurs de ces polypes se soudent ensemble et forment des lobes plus ou moins sessiles, dans lesquelles on peut encore distinguer microscopiquement les végétations primitives. La tige centrale et le pédicule donnent la sensation d'un corps fibreux plus ou moins dur, contenant parfois des noyaux plus durs encore, cartilagineux.

Hystologiquement les deux parties, centrale et périphérique, diffèrent complètement.

Dans la partie centrale et le pédicule nous trouvons un tissu conjonctif normal très riche en vaisseaux, avec des amas de cellules sarcomateuses, rondes, fusiformes ou ramifiées; ces cellules sont parfois en si grande abondance, que le tissu conjonctif intermédiaire disparaît presque complètement. Les cellules sont petites ou grosses, ordinairement un peu plus grosses que les corpuscules blancs du sang, ont un gros noyau, avec un ou plusieurs nucléoles, et une mince couche de protoplasma. On rencontre souvent des figures

cariokynétiques, preuve de prolifération cellulaire active. Là où prédominent les cellules fusiformes, ces dernières prennent une disposition particulière : elles forment des couches concentriques avec un vaisseau au centre. Mais ce qui est remarquable et caractéristique dans ces sarcomes kystiques en grappe c'est la participation des parois vasculaires, sanguins et lymphatiques, à la formation de la néoplasie. En effet, leurs tuniques externe et moyenne ont complètement disparu et sont remplacées par des couches de cellules fusiformes ou étoilées disposées tout autour, sans tissu intermédiaire entre la paroi vasculaire et ces cellules ; ces vaisseaux sont dilatés considérablement et ne sont constitués que par un endothélium dont les cellules sont gonflées et en voie de prolifération. La dilatation des vaisseaux lymphatiques est parfois considérable, comme dans le cas de Pfannensiel, et constitue une des modes de formation des kystes dans ce tissu. On conçoit que la consistance varie dans ces parties centrales, en rapport avec l'abondance des cellules, ou du tissu conjonctif : elle est plus molle, moelleuse, friable là où prédominent les premières, plus ferme, fibreuse dans le cas contraire. A ce point de vue un examen attentif des observations, dans lesquelles l'examen histologique est fait avec soin, nous fait constater un point capital : le tissu sarcomateux de-

vient de plus en plus riche en cellules à mesure qu'on s'approche de la périphérie. Cela s'explique très bien par l'origine périphérique, muqueuse de la néoplasie, qui envahit lentement et progressivement les couches sousjacentes, tandis que le tissu conjonctif du derme subit au début une hypertrophie simple. En somme ce n'est pas cette partie centrale, ferme, qui est la plus caractéristique du sarcome en grappe de la muqueuse du col utérin ; les parties essentielles sont les polypes périphériques, les grains de la grappe.

Le tissu de ces derniers, par son aspect extérieur, est comparé par les auteurs à la gelée de Warthon, aux myxomes du chorion, etc. Ils sont presque identiques, par leur forme et leur structure histologique au « sarcome polypeux du vagin » des enfants en bas âge, décrit par les auteurs allemands (1).

Au centre nous trouvons, au milieu d'une substance intercellulaire homogène, transparente, finement fibrillaire, des cellules disséminées, rondes, fusiformes et étoilées, cellules à gros noyaux fortement colorés, avec une mince couche de protoplasma pâle, se colorant à peine. La substance intercellu-

(1). V. Kolisko. Doppelpolypöse sarcom der vagina in Kindesalter. Wiener Klinische Wochenschrift 1889, n° 6-11.

Chuchardt. II. Congress der Deutschen Gesellschaft für Synekologie. Halle a. S. 1888. Sitzung am 26 Mai s. d. Verhandlung des Congresses.

laire se ride dans l'alcool et se remplit de granulations fines, mais n'est pas troublée par l'acide acétique, qui met en évidence dans les cellules leurs gros noyaux. A mesure qu'on s'approche de la périphérie les cellules deviennent plus abondantes, la substance intercellulaire, au contraire, diminue de plus en plus. Tout à fait à la périphérie un épithélium stratifié à cellules tantôt cylindriques, tantôt pavimenteux, en rapport avec le point de départ de la néoformation : muqueuse cervicale, ou muqueuse vaginale. Les vaisseaux sont en abondance, leur parois hypertrophiées, l'endothélium en voie de prolifération. Dans beaucoup de ces polypes sarcomateux on trouve des infractus hémorragiques au centre ; plusieurs d'entre eux sont simplement œdémateux, enfin un grand nombre de ces polypes sont transformés en kystes ayant un contenu visqueux plus ou moins coloré par l'épanchement sanguin. Dans les cas où la participation des vaisseaux lymphatiques à la néoformation est prédominante ce contenu est clair, très peu coloré et contient peu d'hématies ; il est franchement hémorragique. Il est évident que c'est la dégénérescence sarcomateuse des parois vasculaires qui est la cause de l'œdème d'abord, puis de la formation des kystes par épanchement sanguin ou lymphatique et destruction du tissu néoplasique. On rencontre parfois aussi des kystes dont l'origine

est différente de celle des kystes décrits plus haut. Dans quelques cas les auteurs signalent la présence des glandes dans ces petits polypes de la périphérie ; l'épithélium glandulaire peut subir la dégénérescence sarcomateuse, et il se forme alors de kystes glandulaires.

Telle est la structure normale, pour ainsi dire, de cette néoformation, qui justifie notre dénomination sarcome kystique en grappe. Mais on y rencontre encore deux tissus nouveaux : du cartilage hyalin (5 fois sur 14 cas : dans ceux de Thiede, Rein, Pernice, Kleinschmidt et Pfannenstiel) et des fibres musculaires (3 fois : dans ceux de Kunert, Weber et Pernice). Ici nous voyons de nouveau une analogie frappante avec le sarcome papillaire du vagin des enfants en bas âge (1). Le cartilage se rencontre sous forme d'îlots isolés dans la partie centrale de la néoformation. Ces îlots cartilagineux de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette peuvent être sentis au toucher et présentent absolument les caractères du cartilage hyalin, avec sa substance fondamentale homogène, finement fibillaire et ses cellules encapsulées, rondes ou polygonales, en voie de prolifération. On rencontre même des points, « clairs, jaunâtres, » où le tissu tient le milieu entre le sarcome et le cartilage ; mais nulle part nous ne trouvons de cartilage fibreux comme stade inter-

(1) *Loco citato.*

médiaire entre le sarcome et le cartilage hyalin vrai. A ce point de vue le sarcome kystique en grappe se rapproche du mytome qui donne souvent naissance au cartilage hyalin. La formation des fibres musculaires est encore plus caractéristique pour l'espèce de néoformation qui nous occupe. Ces fibres ont des caractères spéciaux : elles diffèrent des fibres musculaires striées de l'adulte par la manière dont elles se comportent envers la lumière polarisée, et ressemblent absolument aux fibres musculaires d'un fœtus de 3 mois.

En examinant les pièces dans lesquelles ces fibres furent trouvées, on assiste, pour ainsi dire, à leur formation. On voit d'abord que les cellules fusiformes s'allongent en refoulant le protoplasma vers les extrémités ; bientôt la striation apparaît de plus en plus nette. La fréquence de ces tissus hétérogènes dans le sarcome kystique en grappe est considérable (8 sur 14) et prouve la grande activité des éléments de cette néoplasie.

Il nous reste maintenant à étudier le point de départ de la néoformation et son mode de propagation. Son point de départ est la muqueuse du col de l'utérus, notamment la couche superficielle du derme, immédiatement sous-jacente à son revêtement épithélial. C'est là que s'accumulent les cellules sarcomateuses tout à fait au début. La muqueuse cervicale est très riche en papilles ; ces

papilles, grâce à la prolifération active des cellules sarcomateuses qui s'y accumulent, font saillie à la surface de la muqueuse, grossissent peu à peu, se pédiculisent et forment ainsi les grains qui plus tard constitueront la grappe caractéristique. Les capillaires et lymphatiques prennent part à la néoformation, aussi bien que le tissu conjonctif.

La néoplasie se propage progressivement de proche en proche, mais beaucoup plus rapidement en surface qu'en profondeur, d'après Pfannenstiel. Ce dernier auteur a trouvé jusqu'à 2 cm. au-delà de la limite de la région visiblement malade une muqueuse infiltrée par le néoplasme, tandis que les couches musculaires sans muqueuses étaient presque indemnes; quelques trainées seulement de cellules néoformatrices se rencontraient entre les fibres musculaires les plus superficielles. D'après le même auteur il n'y aurait pas de sauts dans la propagation de la néoformation, pas de muqueuse saine entre deux parties malades; la tumeur s'étend dans l'un ou l'autre sens progressivement, envahissant de proche en proche la muqueuse tout autour, passant d'abord sur la face externe vaginale du col, puis sur les parois vaginales elles-mêmes; la muqueuse du corps serait envahie beaucoup plus tard. Donc, la marche générale de la tumeur est descendante, vers le vagin, et la muqueuse vaginale peut donner naissance à des

grappes kystiques, comme la muqueuse cervicale et, plus rarement, la muqueuse du corps de l'utérus. Mais dans ce dernier cas elle est toujours secondaire, consécutive à l'envahissement primitif de la muqueuse du col. Dans le cas qui nous est personnel, bien que la néoplasie était contenue dans la cavité du corps utérin, il n'est pas douteux que son origine se trouvait dans le col; l'absence d'attaches vasculaires avec le corps de l'utérus le prouve et la récurrence au niveau du col le confirme. Seulement nous nous trouvons ici en présence d'un fait nouveau à ajouter à ceux acquis par les observations antérieures : la tumeur n'a pas franchi l'orifice externe pour faire saillie dans le vagin, mais elle a franchi l'orifice interne et s'est logée dans la cavité du corps utérin.

Elle a agi alors comme un corps étranger permanent dans la cavité utérine et détermina une hypertrophie considérable de la paroi utérine. Elle provoqua des contractions douloureuses du muscle utérin et, peut-être, une inflammation destructive de la muqueuse du corps de l'utérus. Autrement, comment expliquer la disposition complète de cette muqueuse, constatée par le professeur Cornil? Le sarcome kystique en grappe donne naissance, comme tous les sarcomes à la période ultime de leur évolution, à des métastases : dans le poumon (Kunert), dans les ganglions du bassin (Rein),

dans la paroi vésico-vaginale (Spiegelberg 2° cas), entre la symphyse et la vessie (Pernice), dans la cloison recto-vaginale (Spiegelberg), mais le plus souvent dans le tissu péri-utérin (Weber, Kunert, Rein, Winkler, Kleinschmidt et Kunitz). Ces métastases ne présentent pas la forme de grappe, mais la tendance à la formation des cavités kystiques persiste.

SYMPTOMES

MARCHE DE LA MALADIE

Au début les symptômes sont très peu caractéristiques dans le sarcome kystique en grappe de la muqueuse du col utérin. Ce sont des ménorragies ou des métrorragies irrégulières, parfois douleurs des reins, sensation de pesanteur, écoulement hydroïque. Il est remarquable combien indolore est cette affection au début, si l'accroissement de la tumeur est vers la cavité vaginale ; la tumeur remplit et distend le vagin sans que la malade s'en aperçoive. Au contraire, si la marche de l'affection est ascendante, vers la cavité utérine, de violentes douleurs dans le bas-ventre ne tardent pas à apparaître en même temps que des douleurs lombaires et sciatiques.

Les hémorragies utérines sont parfois considérables, et les malades arrivent à un degré d'anémie extrême. Si l'on examine la malade tout à fait au début, on ne trouve rien, aucune tumeur, seulement un œdème d'une ou des deux lèvres. Ces dernières sont épaissies, œdémateuses, souvent allongées, hypertrophiées et parfois divisées en lobes ; le corps utérin est petit, mobile, normal.

Plus tard un ou plusieurs polypes apparaissent sur la face interne de l'une ou des deux lèvres. Ces polypes ont au début parfois l'aspect de polypes muqueux ordinaires, le plus souvent ils ont un aspect particulier et une consistance différente. Ils sont jaunes, ou rouge-bleuâtres, gélatineux, très mous et très friables; ils s'écrasent facilement et saignent au moindre attouchement; parfois ils sont franchement vésiculeux et kystiques; ils contiennent alors un liquide visqueux, filant, blanc-jaunâtre ou rougeâtre, parfois des caillots de sang. Donc, à cette période on constate : une lèvre épaissie, œdémateuse, hypertrophiée, et un bouquet de polypes gélatineux, friables, sur sa face interne; la face externe, vaginale, du col paraît alors absolument saine et intacte. L'état général reste longtemps bon, bien que l'anémie est fréquente, suite des métrorragies parfois profuses et presque continues. Cette période de début est parfois si silencieuse, si insidieuse, que les malades ne s'aperçoivent de leur affection qu'au moment où la tumeur, après avoir rempli le vagin, apparaît à la vulve. Quelle est la durée de cette période initiale de la maladie, de cette période d'invasion de la muqueuse cervicale, il est difficile à dire, probablement assez longue, peut-être plus longue que la durée de l'évolution ultérieure de la maladie, qui est de 1 à 4 ans. En effet, on constate parfois

des métrorragies et des troubles de la menstruation longtemps avant l'apparition des premiers symptômes objectifs.

Quand la maladie est arrivée à la période moyenne de son évolution, on constate ordinairement dans le vagin une tumeur plus ou moins grosse, remplissant parfois tout le vagin distendu jusqu'aux limites du petit bassin. Au toucher elle paraît lobulée, molle, friable, avec un noyau plus ferme au centre sous forme de tige centrale; on sent parfois les noyaux de cartilage disséminés dans la tumeur; elle paraît se continuer avec le corps de l'utérus. Les parois vaginales sont absolument normales, le col est rarement accessible et dans ce cas sa face externe est lisse, absolument normale. Au spéculum la tumeur a la forme d'une grappe de raisin d'une môle hydatique, très caractéristique, on voit les grains superficiels de cette grappe; la coloration varie du jaune-clair au rouge vineux. On peut enlever quelques-uns de ces grains, sans que la malade en souffre; ils saignent facilement. Le corps de l'utérus est souvent augmenté de volume, ce qui prouve que la néoformation a gagné la muqueuse du corps.

Mais la néoformation a beaucoup moins de tendance à gagner la muqueuse du corps, que celles de la face externe du col et du vagin surtout chez les sujets jeunes.

En effet, dans tous les cas où les malades avaient plus de 35 ans on trouve signalé l'augmentation de volume du corps utérin ; au contraire, chez les femmes au-dessus de 35 ans, la muqueuse vaginale était toujours rapidement envahie par le néoplasme.

Il est facile de s'en convaincre en regardant le tableau donné par Pfannenstiel traduit et complété par nous. La raison en est très simple. Nous savons que le sarcome kystique en grappe présente une analogie frappante avec le sarcome polypeux de la muqueuse vaginale décrit par les auteurs allemands chez les jeunes enfants. Plus la femme est jeune, plus sa muqueuse vaginale est prédisposée à l'envahissement du sarcome kystique en grappe. Voilà pourquoi chez les femmes jeunes ce sarcome passe beaucoup plus vite sur la paroi vaginale, que sur la muqueuse du corps utérin. Le contraire se voit chez les femmes âgées, la muqueuse utérine est vite envahie, le corps est dès le début augmenté de volume.

A mesure que la tumeur augmente de volume, elle comprime le rectum et le col de la vessie ; de là constipation opiniâtre, même obstruction intestinale, et troubles de la miction. Mais ces troubles du côté de la vessie et du rectum ne sont pas constants. L'état général reste longtemps satisfaisant. L'écoulement hydroïque est peu à peu remplacé par un

écoulement séro-purulent ou franchement purulent, fétide. En effet les parties périphériques de la tumeur, extrêmement friables et déjà compromises dans leur vitalité par le trouble circulatoire décrit plus haut, se désagrègent facilement; il suffit pour cela d'un traumatisme insignifiant, comme un effort de la part de la malade pendant ses garde-robes, par exemple. Les germes de la suppuration, qui sont, pour ainsi dire, à la porte en attendant le moment favorable pour envahir le terrain, ne manquent pas de profiter de la première occasion et de pululler en abondance. Alors commence la période hectique de la maladie. En effet, il semble résulter des observations publiées jusqu'à présent, que le sarcome kystique en grappe de la muqueuse utérine est une affection purement locale et reste telle jusqu'à la fin. La malade souffre non pas de la malignité de la tumeur elle-même, mais d'abord parce qu'elle provoque des hémorragies abondantes plongeant la malade dans un état d'anémie profonde, puis parce qu'elle ouvre la porte à l'infection putride. Il est remarquable de voir avec quelle facilité les malades se rétablissent après une opération palliative qui a eu pour résultat de diminuer les pertes de sang ou de fermer la porte à l'infection. Ces malades se rétablissent à tel point, qu'elles se croient guéries. Mais la récurrence ne tarde pas à apparaître; les mêmes troubles reviennent. Une

opération palliative procure de nouveau un rétablissement complet et ainsi de suite. Bientôt les tissus et les organes voisins sont envahis ; ce sont, par ordre de fréquence, la paroi vaginale, les ligaments larges et le tissu péri-utérin, les cloisons vérisico-vaginale et recto-vaginale, les ganglions du bassin, le tissu conjonctif lâche situé entre la vessie et la symphyse pubienne, etc. La mort arrive soit par péritonite, la tumeur faisant irruption dans la cavité péritonéale, soit par occlusion intestinale, le plus souvent elle survient dans la cachexie et le marasme. Tout en restant locale, la maladie a un caractère de malignité extrême ; jamais on n'a remarqué un arrêt dans son évolution, et presque toujours elle aboutit à la mort, au moins dans les cas où l'opération radicale n'était pas pratiquée ou était pratiquée trop tard.

Nous avons laissé de côté le cas où l'évolution du néoplasme se porte vers la cavité utérine ; la symptomatologie diffère alors et s'écarte du type normal. Pour pénétrer dans la cavité utérine la tumeur doit franchir d'abord l'orifice interne ; des violentes douleurs de reins, d'ordre réflexe, apparaissent alors, en même temps que des véritables tranchées utérines, et dominent la scène. Des hémorragies graves se produisent, avec expulsion de caillots. Plus tard une partie de la tumeur fait saillie, à travers le canal cervical, dans le vagin, se

désagrège et donne lieu à une infection locale suivie d'écoulement purulent, fétide. Mais une fois cette partie enlevée, la muqueuse du canal énergiquement grattée, l'écoulement purulent disparaît, la maladie évolue alors en silence. La cavité utérine se distend de plus en plus, ses parois s'hypertrophient, des phénomènes de compression du côté de la vessie, du plexus sacré et des veines iliaques apparaissent ; on dirait une grossesse. Elle y ressemble d'autant plus, que l'examen direct fait constater une tumeur intra-utérine absolument fluctuante, remontant plus ou moins haut dans la cavité abdominale, et que l'état général reste parfait. Un écoulement hydroïque rare, presque insignifiant n'attire pas suffisamment l'attention ; la malade se croit définitivement guérie et ne soupçonne pas la présence d'une grosse tumeur dans le ventre. Mais bientôt des douleurs s'irradient vers les membres inférieurs mettent la malade en éveil ; elle s'aperçoit qu'une des chevilles est enflée ; le médecin non prévenu croit d'abord à une affection rhumatismale, mais un examen plus complet lui fait découvrir la cause de ces troubles : — une tumeur intra-utérine. L'écoulement hydroïque, qui est constant dans les sarcomes kystiques en grappe de la muqueuse utérine évoluant vers la cavité vaginale, n'est pas constant ici, et cela s'explique facilement par un certain degré de sténose de l'orifice

externe chez les femmes âgées. Mais le liquide s'accumule dans la cavité utérine, et il suffit d'un léger effort, comme la marche, pour faire sourdre quelques gouttes de ce liquide par le canal cervical resté perméable. C'est ce qui est arrivé dans le cas qui nous est personnel. La malade est arrivée à garder le lit, la marche provoquant chez elle des écoulements hydroïques. A la section de l'utérus, pendant l'hystérectomie abdominale, il s'écoule une quantité notable de ce liquide accumulé dans la cavité utérine. Ce liquide est clair et limpide; enfermé dans la cavité utérine il était à l'abri de l'infection, et l'état général est resté parfait jusqu'à la fin. On voit par exemple, que l'infection secondaire joue un rôle considérable dans l'évaluation de la maladie qui nous occupe.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC, ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE

Le *diagnostic* du sarcome kystique en grappe de la muqueuse du col utérin doit être fait au début avec l'hypertrophie simple du col et avec les polypes muqueux. L'œdème particulier des lèvres du col qui sont parfois divisées en lambeaux et l'écoulement hydroïque plaideront plutôt en faveur du sarcome, qu'en faveur de l'hypertrophie simple ; de même la friabilité, la mollesse, l'aspect gélatineux feront soupçonner dans les polypes une structure sarcomateuse. Mais à cette période le diagnostic est difficile à faire à l'œil nu, le secours du microscope est nécessaire, et il me semble que l'examen hystologique doit être fait toujours, si un doute persiste dans l'esprit sur la nature du polype enlevé.

Plus tard le diagnostic est facile et doit être fait seulement avec la môle hydatique. Mais ces deux faits, que le corps utérin reste petit, parfois tout à fait normal et que les vésicules périphériques saignent facilement, ce qui prouve la présence d'un riche réseau vasculaire, me paraissent suffisantes pour faire le diagnostic.

Mais le diagnostic devient autrement embarrassant, si la tumeur évolue vers la cavité utérine. Est-ce une grossesse, un fibrome, ou un sarcome kystique? L'âge de la malade et l'absence des signes de certitude doivent faire éliminer la grossesse. Le fibrome est une tumeur plutôt dure, rarement fluctuante, présente des variations de volume en rapport avec la menstruation et donne plutôt lieu aux métrorragies qu'aux écoulements hydroïques. D'ailleurs la marche de la maladie est différente dans les deux cas.

Si le polype ou la grappe sarcomateuse se trouvant dans le vagin a subi une dégénérescence gangréneuse, il est facile de le confondre avec un fibrome gangréné. Il faut alors remonter jusqu'à son origine, la muqueuse cervicale, constater l'intégrité des parois cervicales et, en cas de doute, faire l'examen hystologique, qui reste dans tous les cas le moyen le plus sûr du diagnostic.

Ce diagnostic est très important à faire, parce que le *pronostic* du sarcome kystique de la muqueuse utérine est très grave, si l'on laisse évoluer la maladie trop longtemps, sans avoir recours à une opération radicale. La terminaison dans ce cas est toujours fatale et à bref délai. La durée de la maladie est de un an à 18 mois et dépasse rarement 2 ans.

L'étiologie et la pathogénie du sarcome kysti-

que en grappe de la muqueuse utérine reste obscure, comme l'étiologie de toutes les néoplasies. On peut dire seulement, qu'il atteint plus souvent les personnes au-dessous de 35 ans; le nombre moyen des grossesses est inférieur à celui du cancer, mais cela tient au jeune âge des personnes atteintes par cette affection. Comme nous l'avons dit dans « l'anatomie pathologique », la néoplasie prend naissance dans la muqueuse du col et paraît avoir une origine vasculaire, une dégénérescence sarcomateuse des parois vasculaires.

TRAITEMENT

Le *traitement* du sarcome kystique de la muqueuse cervicale est tout indiqué par l'évolution de la maladie. Cette dernière étant localisée au début dans la muqueuse cervicale et utérine, on pourrait essayer, tout à fait au début, un curettage énergique. Plus tard, l'hystérectomie, abdominale ou vaginale, est absolument indiquée. La section doit porter à 2 cm. au moins de la limite apparente de la muqueuse malade. Si la maladie est arrivée à sa période ultime, quand l'opération radicale est devenue impossible, des opérations partielles, palliatives, peuvent être très utiles pour soulager la malade et prolonger son existence. Dans tous les cas, une désinfection rigoureuse et répétée de la cavité vaginale et de la surface de la tumeur est absolument indiquée. La poudre d'iodoforme est surtout à utiliser ; il fait disparaître l'odeur infecte que répand la tumeur et qui rend intolérable l'existence des malheureuses incurables.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (de PFANNENSTIEL)

Femme E. E. (I. N° 320 Jatrg. 1889-1890) vient pour la 1^{re} fois à la polyclinique gyneo. de Breslau, le 1^{er} août 1888. Elle avait alors 33 ans et affirmait n'avoir jamais souffert dans le bas ventre. La menstruation avait été toujours régulière, ménopause il y a 5 ans, sans troubles particuliers. Mariée depuis 1872 elle avait accouché deux fois des enfants vivants, deux fois avorté, la dernière fois il y a 10 ans.

En mai 1888, la malade aperçut des taches de sang sur son linge. Depuis lors survint un écoulement, tantôt hydroïque, tantôt sanguin qui peu à peu prit odeur fétide. Récemment, à la suite d'un effort ou d'une selle, une petite tumeur se montra à la vulve, ce qui détermina la malade de se rendre au mois d'août 1888 à la clinique. Elle a eu aussi des douleurs aux reins. A part cela la malade se sent tout à fait bien portante et a conservé toutes ses forces.

À l'examen on trouve dans le vagin un polype à long pédicule, qui descend jusqu'à la vulve, qui mince en haut comme un crayon et se termine en bas en pomme de mas-sue. La pomme a une surface assez lisse, est très molle, divisée en lobes. Elle sort de l'orifice utérin et s'insère sur la paroi anter du canal cervical immédiatement au-dessus de l'orifice externe. La portion vaginale du col de même que tout le vagin est lisse et sans particularité. De même le corps utérin est de volume et d'aspect normal,

légèrement antéflexi, mobile. Les annexes de deux côtés sont normales. Comme le polype était très mou et extraordinairement long, mais tout à fait ressemblant à un polype muqueux bénin, il fut enlevé sans hésitation par l'assistant de la polyclinique, c'est-à-dire lié à la base par un fil et coupé avec des ciseaux. L'examen microscopique paraissant inutile, il ne fut pas pratiqué.

La malade se sentait alors tout à fait bien pendant quelques semaines. Mais peu à près apparaissent peu à peu la même pesanteur.

En avril 1890, la malade se présente pour la deuxième fois à notre clinique souffrant de pesanteurs anciennes. L'écoulement est maintenant sero-sanguinolent. L'état des forces bon. L'examen montre ce qui suit :

Dans le vagin se trouve une masse molle, lobulée de la grosseur d'une prune qui s'écrase facilement et sort de la portion vaginale de l'utérus. Le vagin est partout libre, la surface intérieure de la portion vaginale est lisse. Portion vaginale elle-même est un peu épaissie. La masse polypeuse s'insère largement sur la paroi antérieure du calcul cervical, immédiatement au-dessus de l'orifice externe. Elle se laisse diviser en quelques petits lobes isolés, qui dans le spéculum ont l'aspect grisâtre, en partie aussi colorés par le sang ; ils sont arrondis ou ovales, ont le volume d'un pois à une cerise et généralement pourvus d'un court pédicule et d'une surface lisse.

Cette fois aussi la néo formation fut considérée comme étant de bonne nature, comme une végétation un peu riche de la muqueuse du col. Elle fut enlevée pour cette raison avec la cuillère tranchante, et pour prévenir la récurrence la surface de la plaie fut cautérisée par le thermocautère de Pacquelin.

A la suite de cette intervention la malade se sentait bien quelques mois. Mais bientôt elle se présenta pour la 3^e fois. Cette fois elle se plaignait aussi de l'amaigrissement, de faiblesse et de manque d'appétit; elle avait déjà aspect un peu cachectique.

Du vagin suinte un liquide brunâtre fétide. L'examen montre que le vagin est mollement mais complètement rempli par une masse lobolée, ressemblant à une grappe de raisin, s'écrasant facilement. Elle est en connexion avec la portion vaginale, qui se sent à l'extérieur, encore très lisse, mais est très courte. La malignité de la tumeur était alors incontestable. Même avec cautérisation radicale de la muqueuse cervicale n'avait pu prévenir la récurrence. Les morceaux de la tumeur qu'on m'a donnés pour examiner montrèrent alors la nature sarcomateuse de la néoformation, et le jour suivant l'extirpation totale de l'utérus fut pratiquée par M. Geheimrath Fritsch. La tumeur fut enlevée d'abord par la cuillère tranchante. L'extirpation de l'utérus était typique et pas difficile. La guérison arriva naturellement et sans fièvre, de sorte que la malade a pu quitter la clinique au 17^e jour.

Nous avions tous l'espoir que la néoformation ne récidiverait plus, la section paraissait être faite dans un tissu sain. Mais la marche ultérieure, aussi bien que l'examen plus approfondi de l'utérus enlevé nous ont malheureusement démontré le contraire. Au milieu de mars 1891 la malade se présente de nouveau. Elle avait mis 3 mois pour se rétablir après la dernière opération. A cette époque elle n'avait ni douleurs, ni écoulement. Mais il y a 14 jours l'écoulement sanguin a paru. Dans le vagin se trouvent 5 à 6 corps pédiculés, mous, en grappes plusieurs fois décrits plus haut et sortant de la moitié gauche de la

voûte vaginale. Au dessus de la cicatrice les moignons, les lig. larges se laissent sentir en forme de deux tumeurs latérales, mais à part cela rien d'anormal. Les petites tumeurs furent enlevées par la cuillère tranchante et les plaies ont été cautérisées avec le Pacquelin.

Alors de nouveau une prompte guérison apparente, durant quelques mois. Le 28 septembre 1891, aspect cachectique. Dans le vagin une conglomération du volume d'une noix d'encroissance en grappe de structure décrite plusieurs fois, s'insérant largement sur la partie postérieure et supérieure du vagin. Paroi vaginale infiltrée. Dans le bassin aucun mélastase. Extirpation de la masse et cautérisation de la plaie. La malade part quelques jours après pour son pays. D'après les nouvelles datant du 4 février 1892, la malade vit encore mais les douleurs sont revenues.

*Résultats de l'examen anatomique et hystologique
de la tumeur et de l'utérus extirpé.*

Quant à la masse néoplasique, des morceaux pris avant et après l'extirpation de l'utérus se distinguent si peu, qu'il suffit d'en donner une description générale. L'examen fut pratiqué aussi bien sur des pièces fraîches que sur des préparations durcies en partie dans l'alcool, en partie dans le liquide de Müller.

Nous devons distinguer aussi bien microscopiquement que hystologiquement dans la tumeur :

1° Les végétations molles, gris vitreuses, qui donnent son aspect à la néoformation.

2° Les masses plus grosses, sessiles, les plus proches du pédicule de la tumeur, etc.

3° Le pédicule et la tige basale de la néoformation.

1° Les petits polypes sont jaunâtres ou bien brunâtres et même bleu-noirâtres s'ils sont traversés par un épanchement de sang. A la coupe ils laissent écouler un liquide jaune clair et se ratatinent.

Sous le microscope le tissu du petit polype ressemble extraordinairement au jeune tissu conjonctif œdémateux et par place un tissu myxomateux vrai. Les cellules de ce tissu sont généralement rondes, plus rarement ovales, fusiformes ou polygonales, en moyenne un peu plus grosses que les corpuscules blancs du sang.

Elles renferment un gros noyau.

Tandis que le corps cellulaire se colore peu le noyau est fortement coloré, de sorte qu'on voit très peu ou presque pas de corps cellulaires. Par place figures karyokynèses. A la périphérie des petits polypes on rencontre des cellules géantes, isolées, contenant à la périphérie des noyaux fortement colorés et disposés presque en rayons.

La substance intermédiaire est généralement très riche, de sorte que les cellules sont très écartées les unes des autres. Claire et transparente sous addition de réactifs, elle est traversée par un réseau fin fibrillaire et ne se trouble pas par l'acide acétique, mais s'éclaircit davantage. Le liquide de Müller ne le trouble pas non plus, mais elle est troublée par l'alcool dans lequel elle se ride et se remplit de granulations. Elle reste incolore à part le réseau de fibrilles qui est partout bien coloré. Dans le centre du petit polype c'est la substance intercellulaire qui prédomine, tandis qu'à la périphérie au contraire les cellules sont plus abondantes et mélangées à un grand nombre de leucocytes. On trouve généralement au centre un épanchement de sang. Le polype est richement pourvu de

vaisseaux sanguins qui abondent surtout à la périphérie et dans le pédicule ; ce sont en général des capillaires dilatés dont l'endothélium est généralement gonflé.

Dans quelques polypes on trouve au milieu du tissu décrit des ilots de cartilage. La substance fondamentale jaune homogène prend l'hématoxyline seulement au centre de ces ilots, les cellules y sont isolées ou multiples, contiennent 1 ou 2 noyaux et présentent au reste tous les caractères de cellules du cartilage. Sur les parties enlevées avant l'extirpation de l'utérus l'épithélium est cylindrique, aplati, rarement simple, généralement stratifié. Dans celles qui se sont développées, après l'extirpation totale dans le fond du vagin il est pavimenteux stratifié.

Je n'ai pas trouvé de glande dans les petits polypes.

2° Quant aux plus grosses parties de la tumeur située plus profondément, elles sont moins transparentes, décrites, ressemblent beaucoup aux polypes muqueux du col, mais sont beaucoup plus molles, friables ; elles donnent en partie la sensation de fluctuation. En général le tissu est ici plus dense, plus riche en cellules que dans les petits polypes transparents. Sur les coupes transversales et longitudinales on trouve un tableau hystologique extraordinaire changeant. Ce qui frappe tout d'abord ce sont de nombreuses cavités remplies par un liquide clair, non coloré. Sur les pièces durcies on voit des fissures creuses qui, sans présenter de parois, montrent un revêtement endothélial. Comme je n'ai trouvé nulle part dans ces fissures de hématies, je suis disposé à les considérer comme des vaisseaux lymphatiques très dilatés. En outre, les préparations faites des parties enlevées pendant l'extirpation totale contiennent encore d'autres cavités qui en partie sont aussi dilatées comme les espaces lymphatiques sur

les bords desquelles se trouvent çà et là de petites élevures papillaires, cette surface saignante correspond à la base de la tumeur décrite ci-dessus qui, avant l'opération, fut enlevée par la cuillère tranchante. On reconnaît déjà microscopiquement la propagation de la maladie. La dernière va en haut jusqu'à $1/4$ cm. au-dessous de l'orifice interne, en bas elle dépasse en avant et de deux côtés les limites de l'orifice externe; cependant il reste jusqu'à la ligne de section une bande de muqueuse gris blanchâtre en apparence saine d'une largeur en avant et sur les côtés de $1/4$ à $1/2$ cm., en arrière de $1\ 1/2$ cm.

En un point en avant et à gauche cette bande est réduite à 1 mm. de largeur. Sur les coupes la muqueuse paraît envahie par la néoformation seulement sur une petite profondeur ($1/4$ à $1/2$ cm); le tissu musculaire, situé au-dessous de la paroi propre du col paraît, aussi bien que la surface extérieure, tout à fait normal.

Pour contrôler cet état par l'examen microscopique, des coupes furent pratiquées dans des différentes parties du colet montées dans la paraffine. L'examen microscopique confirma dans son ensemble les notions acquises par l'examen microscopique.

D'abord, quant au lieu d'origine de la tumeur, on croirait que la muqueuse du col est transformée en un tissu conjonctif riche en vaisseaux, dans lequel les glandes ont complètement disparu. Plus superficiellement, on trouve de nombreux amas de cellules fortement colorées. Elles sont arrondies, fusiformes ou ramifiées et sont absolument identiques à celles de la tumeur décrite plus haut, mais se distinguent de celles-ci par ce qu'elles sont tapissées par une couche régulière de cellules cylindriques et entourées généralement par une mince couche condensée

de tissu conjonctif jeune; ces corps glandulaires sont en relation multiple avec la surface des polypes et leur épithélium passe progressivement de l'épithélium simple de la surface à l'épithélium stratifié des culs de sac glandulaires. Beaucoup de vaisseaux, petites artères, veines et capillaires, plus ou moins dilatés.

Pour le reste, le tissu fondamental est de nature très différente et la périphérie est un tissu conjonctif jeune, mou, avec des cellules généralement rondes, rarement ramifiées, très écartées les unes des autres par une substance intermédiaire presque homogène, finement fibrillaire; on dirait le tableau d'un tissu muqueux. Dans le centre et à la base de ces grosses végétations, le tissu ressemble plutôt à du tissu conjonctif plus dense, ondulé ou fin fibrillaire avec peu de cellules fusiformes étroites. Il contient un plus grand nombre de vaisseaux sanguins d'un calibre plus grand et des amas de grosses cellules rondes, fortement colorées. Ces cellules sont formées par un gros noyau avec plusieurs nucléoles ou des figures karyokynétiques et une mince couche de protoplasma faiblement coloré. Quant à la substance intercellulaire, on la distingue à peine, les cellules étant très nombreuses et pressées les unes contre les autres; elle est finement fibrillaire. Les amas de cellules rondes contiennent en plusieurs points des fissures fines tapissées par un épithélium qui se perd en partie dans ces amas de cellules. Sur les préparations, ces îlots de cellules montrent encore à leur milieu des fissures et des cavités irrégulières plus petites, qu'on reconnaît d'autant plus facilement qu'un liquide lymphatique baigne les masses cellulaires. Cependant un ramollissement par décomposition cellulaire n'est pas la cause de la formation de ces cavités.

A la base des excroissances polypoides de la tumeur nous trouvons au lieu d'amas de cellules une infiltration diffuse du tissu par des cellules rondes fusiformes fortement colorées de même nature.

3° Le pédicule et l'axe central d'une grosse agglomération de végétations polypiformes ont la structure pareille à celle du tissu fondamental de gros polypes décrit plus haut, cependant le tissu conjonctif contient beaucoup de vaisseaux d'un plus gros calibre.

Dans aucune partie de la tumeur je n'ai pas pu découvrir comme d'autres auteurs de fibres musculaires.

L'utérus extirpé montre après durcissement dans alcool la structure suivante : Corps utérin 4 cm. de long, 3/2 cm. de largeur et 3 1/2 d'épaisseur ; col 3 cm. de long ; 2 cm. de largeur et 2 cm. d'épaisseur. Surface périphérique lisse et sans particularité. Tunique musculaire normale à la coupe. Muqueuse du corps lisse, de couleur gris rougeâtre, un 1/4 mm. d'épaisseur en moyenne. Microscopiquement elle consiste de deux couches. La couche superficielle présente un tissu conjonctif onduleux, pauvre en cellules, couvert par un épithélium cylindrique simple et contenant peu de culs-de-sac glandulaires. La couche profonde est un tissu conjonctif riche en cellules contenant beaucoup de corps glandulaires modérément dilatés et peu de vaisseaux sanguins.

Nulle part on ne trouve pas la muqueuse envahie par la dégénérescence sarcomateuse. La muqueuse cervicale au contraire est malade presque dans toute son étendue. Surtout en avant de deux côtés on aperçoit très peu de muqueuse saine. La plus grande partie de la muqueuse est transformée en une plaie saignante déchiquetée. On trouve aussi au milieu des amas cellulaires de fissures et

des cavités comme nous les avons observées dans la tumeur. Au voisinage du tissu musculaire le tissu conjonctif est infiltré de ces cellules rondes ou fusiformes fortement colorées.

Parfois on voit des trainées de cellules entre les faisceaux musculaires, mais elles disparaissent rapidement et laissent les parois propres du col intactes.

Sur la limite supérieure du néoplasme les cellules sarcomateuses disparaissent graduellement pour faire place à une mince muqueuse à tissu conjonctif ordinaire pauvre en glandes et couverte par épithélium cylindrique ordinaire.

Autrement est constitué le tissu au niveau de la limite inférieure. Ici le rôle principal revient à l'œdème. Les coupes dans cette zone montre d'une manière évidente les premiers stades de la caractéristique néoplasie en grappe. Les élevures et les papilles naturelles de la muqueuse sont notablement plus grandes et plus grosses, par place elles font saillie sous forme de boutons. Elles ont une consistance très molle, contrairement au tissu conjonctif plus ferme de la muqueuse de la portion vaginale située au-dessous. Elles se détachent nettement comme des papilles gonflées de la couche située au-dessous.

Le tissu de ces papilles est pauvre en cellules et riche en substance intercellulaire transparente finement fibrillaire. Les cellules elles-mêmes sont de jeunes cellules conjonctives arrondies ou ovales avec un noyau relativement gros assez fortement coloré. Au milieu de ce tissu œdémateux se trouvent de petits vaisseaux sanguins et des fissures lymphatiques dilatées, dont l'endothélium est en partie intact, en partie en voie de prolifération ac-

tive. Les cellules endothéliales se transportent en petites cellules rondes, qui donnent des végétations en forme de boutons, les cellules rondes sont de même nature que les cellules sarcomateuses décrites plus haut. On trouvait souvent des cellules pareilles en amas épais sous l'épithélium pavimenteux tout à fait normal.

OBSERVATION (PERSONNELLE).

La maladie de Mme X., a débuté il y a une vingtaine d'années, c'est-à-dire, entre la 40^e et 45^e année de sa vie, par des violentes douleurs dans les reins et du bas-ventre.

L'intermittence de ces douleurs les firent considérer par les médecins de Bayonne comme relevant d'une affection névralgique rhumatismale. En fait, de tous les remèdes employés seul l'emploi répété de sulfate de quinine paraissait amener une détente, un calme momentané chez la malade. Cet état de choses continua, avec des alternatives de calme et de recrudescence des douleurs, jusqu'au commencement de 1889. A cette époque d'abondantes hémorragies utérines survinrent, sous forme de caillot de sang, accompagnées de douleurs se rapprochant des douleurs de l'enfantement. Ces hémorragies se rapprochant de plus en plus, la malade fut soumise à un nouvel examen, qui fit constater l'existence d'une tumeur qu'on regarda comme un fibrome. Elle vint alors à Paris où, toujours en 1889, elle fut examinée par le Dr Siredey, qui attribua les hémorragies vaginales à la présence d'un fibrome, sans trace d'affection maligne, dit-il. En raison de l'âge de la malade (59 ans) et de l'état d'anémie qui résultait de ses dernières hémorragies, il conseilla de ne pas recourir à une opération radicale,

mais de faire un simple grattage de la muqueuse utérine. Ce grattage fut pratiqué en deux fois au mois de juillet 1889 par le professeur Duplay, assisté du D^r Siredey. La malade, qu'on n'avait pas endormie, souffrait beaucoup et éprouva, à la suite de cette opération, un mouvement fébrile qui mit ses jours en danger. Elle se rétablit assez bien cependant. Les douleurs et les hémorragies cessèrent jusqu'en juin 1891, c'est-à-dire pendant deux ans. La malade se trouvait alors à Château-Thierry. Elle commença en juin 1891 à sentir quelques douleurs dans le mollet droit, douleurs qui s'accompagnaient d'une légère tuméfaction de la région des chevilles. Quelques jours après une hémorragie utérine considérable se produisit avec expulsion de caillots, douleurs abdominales et lombaires intolérables. A cette hémorragie succédait bientôt un écoulement purulent d'odeur nauséabonde, très pénible pour l'entourage, malgré des soins répétés de propreté. C'est dans cette situation qu'elle fut amenée à Paris au professeur Terrier. Celui-ci constata la présence d'une masse putrilagineuse émergeant partiellement du col dilaté, masse qu'il considéra comme un polype fibreux en état de dégénérescence gangréneuse. Les masses furent enlevées avec la curette, et la malade, parfaitement rétablie deux mois après, repartait pour le midi. Elle se croyait guérie d'une façon définitive, lorsqu'en octobre 1892, étant à Biarritz, elle fut reprise d'une légère enflure de la cheville droite avec œdème de la jambe. Le médecin consulté crut tout d'abord à un rhumatisme, mais bientôt on constatait d'autres symptômes. Lorsqu'elle était debout et surtout, lorsqu'elle marchait, elle éprouvait des douleurs hypogastriques et d'envies d'uriner si pressantes, qu'elle urinait malgré elle et se mouillait.

Aussi en vint-elle à garder le lit. En même temps le ventre augmentait progressivement de volume. Aussi le médecin fit-il un nouvel examen de l'abdomen. Cet examen lui fit découvrir une tumeur utérine, qu'il considéra comme liquide. Il lui conseilla alors de partir pour Paris et de revoir le professeur Terrier.

En 1893 cette malade entre dans une maison de santé à Paris. Contrairement à ce qu'il s'était passé les fois précédentes, l'état général était excellent; il n'y a pas de phénomènes d'infection, et comme écoulement vaginal on ne trouve qu'à signaler quelques pertes légères sanguines survenues dans les derniers temps. Le seul phénomène pénible consiste dans les troubles vésicaux que nous avons signalés. L'examen direct fait constater, à travers une paroi abdominale souple, la présence d'une tumeur arrondie, manifestement liquide, qu'on ne saurait mieux comparer qu'à un utérus gravide dont le fond atteindrait le niveau de l'ombilic. En décembre 1892 l'hystérectomie est pratiquée avec la plus grande facilité, vu l'absence d'adhérence, par le professeur Terrier aidé par M. le Dr Hartmann. Au moment de la section de l'utérus une certaine quantité de liquide clair et limpide s'écoule, en même temps que fait issue une masse qui paraît constituée par une série de kystes agglomérés.

M. le professeur Cornil a fait l'examen kystologique de la pièce (1). « L'examen a d'abord porté sur la paroi utérine. M. Cornil se demandant s'il y avait ou non de la muqueuse utérine, a recherché cette muqueuse dans les points où elle paraissait exister à l'œil nu. Or, au microscope, on ne retrouvait en ces points aucun des éléments

(1) Bulletin de la Société anatomique de Paris, 68^e année, 5^e série, tome VII. Janvier 1893. Fasc. n° 3. p. 52.

de la muqueuse. On était ainsi porté à penser que la masse située dans l'intérieur de l'utérus était une dégénérescence de la muqueuse. »

« La paroi utérine avait l'épaisseur qu'elle offre dans une grossesse d'environ cinq mois. Ce n'était pas une distension de l'utérus, mais une hypertrophie véritable. Les fibres musculaires étaient augmentées de volume ; elles avaient l'apparence normale du tissu musculaire hypertrophié, comme cela s'observe au courant de la grossesse. Il n'y avait pas de tissu conjonctif interposé. »

« M. Cornil a étudié ensuite le tissu assez solide, friable pourtant, sans suc, qui formait la paroi même de la néoformation kystique. Cette paroi, d'épaisseur inégale, était extrêmement vascularisée. Elle était constituée de la façon suivante : Sur les coupes on voyait des vaisseaux, entourés d'éléments ronds, avec parois hypertrophiées. Entre ces vaisseaux contenant des globules sanguins, il y avait des cellules nucléées parfaitement vivantes : ce n'était donc pas un tissu en dégénérescence. Dans l'intervalle de ces cellules nucléées, on remarquait un tissu vaguement fibrillaire. Il paraissait ainsi s'agir d'un sarcome à petites cellules. Mais les vaisseaux avaient des parois épaissies, ce qui ne s'observe pas d'ordinaire dans les sarcomes, en sorte que si c'était un sarcome, il faut dire qu'il différerait des sarcomes communs. »

« D'où venaient ces vaisseaux ? D'après l'exposé clinique fait par M. Hartmann, quand on a incisé l'utérus, la tumeur est sortie comme libre de toute attache. S'il y avait eu, venant de l'utérus et pénétrant dans cette masse, un tissu portant les vaisseaux, il semble que la tumeur ne se serait pas ainsi détachée. Il faut bien admettre cependant, puisque les vaisseaux qu'on a trouvés étaient pleins

de sang, que la tumeur était en rapport avec la circulation sanguine. *Il se peut, dit M. Cornil, puisque le col n'a pas été enlevé, que le pédicule soit resté dans le col.*

Dans l'intérieur des kystes, il y avait un liquide citrin, avec quelques globules blancs, quelques hématies et quelques cellules dégénérées. En excisant une portion de la paroi de ces kystes et en l'étalant sur une lame, on pouvait facilement voir lorsqu'on faisait varier les vis, les différents points de l'épaisseur de cette paroi. Il n'y avait rien là qui ressemblât à ce que l'on rencontre dans les môles hydatiques »

« Ainsi ces kistes résultaient probablement d'épanchements sanguins, qui s'étaient faits dans un tissu sarcomateux ou embryonnaire. La fibrine était restée adhérente à la paroi et, le liquide citrin s'étant accumulé à l'intérieur, il y avait eu, par suite de la pression dont elles étaient l'objet, dégénérescence des cellules de la paroi ».

Les suites de l'opération ne présentaient rien de particulier. Mais au bout de deux mois, alors que la malade commençait à circuler, bien que la plaie résultant de la fixation du pédicule ne fut pas complètement fermée, on vit reparaitre par le vagin de petits écoulements sanguins. En même temps la plaie abdominale présentait dans son fond quelques petits bourgeons, qui saignaient facilement, lorsqu'on les touchait. Aussi la malade fut-elle endormie de nouveau. Pendant le sommeil anesthésique il fut facile d'amener au contact du doigt vaginal un autre doigt enfoncé par la fistule abdominale. Il ne restait plus guère que quatre centimètres de col rempli d'un tissu bourgeonnant.

Un curettage énergique fut suivi d'une cautérisation

des parties. La plaie alors se cicatrisa rapidement et de puis cette époque est restée guérie jusqu'à présent. L'examen des bourgeons enlevés par cette dernière intervention fut fait par le professeur Cornil, qui constata la présence d'un tissu semé de kystes microscopiques en tous points identiques aux kistes plus grands décrits lors de l'intervention précédente.

OBSERVATION III (WEBER)

Werchow's Arch., 39 Bd. S. 218

Une femme de 45 ans, toujours réglée abondamment et accouchée neuf fois, fut opérée pour la première fois en 1863, par M. le professeur Busch, pour un polype muqueux de la grosseur d'un doigt, sortant de la lèvre antérieure un peu hypertrophiée. Le polype fut enlevé par un écraseur et envoyé à moi. L'examen démontra qu'il s'agissait d'un polype de forme tout à fait ordinaire, de ce qu'on appelle polype vésiculeux.

Quinze jours après l'opération la femme sentit une tumeur nouvelle. Appelé à examiner la malade, je trouve suspendue sur la lèvre antérieure une masse un peu plus grosse que la première fois, composée de deux polypes de volume d'un pouce et de quelques autres plus petits. J'enlève avec un couteau, le 21 février 1864, toute la lèvre antérieure avec les polypes y suspendus. Mais au mois d'avril survient une nouvelle récurrence : un grand nombre de polypes sortaient de la lèvre postérieure et le 12 avril j'enlève tout ce qu'il restait du col utérin.

La guérison n'était pas de longue durée : à la fin du mois de mai nous assistons à la formation de masses nouvelles, molles, très vasculaires et saignant avec une

facilité extrême. Ces masses furent enlevées à leur tour et examinées. Elles n'étaient plus composées de glandes hypertrophiées mais étaient en partie remplies de caillots de sang, fibrineux, mous, rappelant « les hématomes polypiformes de l'utérus », retenus dans les mailles formées par des cellules fusiformes, longues et jaunes, ressemblant parfaitement aux fibres musculaires, lisses. L'opération fut suivie de nouveaux écoulements de sang et de tumeurs nouvelles.

Le 12 juillet j'enlevai plutôt avec les doigts qu'avec les instruments, du vagin et de la cavité « utérine », des masses tout à fait molles et médalleuses, qui descendaient jusqu'aux organes génitaux externes. L'hémorragie fut arrêtée par la glace. L'examen montra, de nouveau, des fibres musculaires hypertrophiées et beaucoup de corpuscules sanguins.

On pouvait voir le développement graduel en fibres musculaires des corpuscules sanguins blancs, qui s'allongaient graduellement, se transformaient en corps ayant la forme d'une baguette et développaient aux deux bouts un protoplasma pâle, fusiforme. Mais ce qui était très remarquable ce sont les stries transversales très fines, mais très nettes qu'on voyait sur beaucoup de ces corps allongés ; quelques-uns ressemblaient tout à fait aux jeunes fibres musculaires, embryonnaires.

Poursuivons l'histoire des souffrances de la pauvre femme. Des masses pareilles aux précédentes se sont reproduites de nouveau de même que l'écoulement. On a dû renoncer à une nouvelle opération, la paroi utérine étant trop mince. En novembre 1869, la malade mourut en traitement à la polyclinique d'accouchement.

L'autopsie faite par moi montra, outre la dégénéres-

cence graisseuse du cœur et du foie et un œdème pulmonaire, une tumeur perforante de l'utérus, qui déterminait une péritonite mortelle.

OBSERVATION IV (DE KUNNERT)

Aus der Gynakologischen Klinik in Breslau. — Des sarcomes de l'utérus, par le Dr Ed. KUNNERT de Breslau. (Archiv. f. Gyn. Feds 81, 1874. Berlin)

Obs. 5. — J. E., 35 ans, octobre 1872 (entrée) ; non mariée, pas de grossesse ; bien portante auparavant ; a depuis 1 an 1/2 des hémorrhagies profuses, d'abord rares, puis de plus en plus fréquentes. Personne encore bien nourrie, mais anémique ; ventre ballonné, non tendu, mais contour difficile à examiner. Ganglions inguinaux libres. — Examen interne : Organes généralement vierges, entrée du vagin sanguinolent ; vagin distendu, rempli de grosses masses gélatineuses, molles, friables, qui donnaient la sensation d'un placenta⁹ rempli d'infarctus hémorragiques. Les masses sortent des lèvres du col utérin allongées, divisées en lobes et infiltrées superficiellement. Malgré leur friabilité, elles sont solidement attachées à leur base.

Le deuxième jour les masses furent enlevées. Un écoulement très fétide, non hémorragique se déclare et devient un peu sanguinolent le 4^e jour. Les 10 jours suivants fièvre avec rémissions. — A l'examen du 4 novembre on trouve toute la partie supérieure du vagin remplie de nouveau par des masses en partie gélatineuses, en partie plus fermes. Col non accessible. Le fond de l'utérus est accessible à l'extérieur, le corps un peu augmenté de volume ; écoulement peu fétide. — A partir de ce jour-là

température qui se maintenait avant au-dessous de 38°5, monte jusqu'à 39° et atteint 40°5 le 12 novembre; en même temps, anémie profonde, teint jaune, écoulement fétide, vagin rempli dans ses parties moyenne et supérieure par des masses gélatineuses, médulleuses, friables, peu saignantes, sortant du canal, du col et des bords de l'orifice externe; culs-de-sac vaginant très distendus; le col de l'utérus forme un entonnoir très largement ouvert en bas et dont le sommet se trouve au niveau de l'orifice interne.

Muqueuse du dernier parsemée de nodosités sous forme de grains. Tout cela ne pouvait être constaté qu'après avoir fendu la tumeur et après en avoir enlevé une partie au moyen de la cuillère fenêtrée, une partie par le couteau et les ciseaux. Cette intervention fut bien supportée; l'hémorragie était minime. L'écoulement s'est amendé; le corps utérin restait petit, mobile.

A la suite de l'opération — chute immédiate de la température de 40°5 à 39°1, et les jours suivants jusqu'à 37°0.

A un examen ultérieur par la voie rectale avec 4 doigts, le corps paraît petit, vierge, derrière la symphyse; à gauche nodosités dures.

A l'union du vagin et de la lèvre antérieure, deux nodosités semblent se former. La surface externe du col est intacte, tandis que la surface interne et le bord de l'orifice sont couverts de tissu embryonnaire.

La malade n'a pas de fièvre jusqu'au 3 décembre. Ecoulement rare, non fétide, mais maintenant toute la portion vaginale paraît couverte de végétations. Extirpation d'abord des végétations principales et ensuite de toute la portion vaginale avec couteau et ciseaux. Quel-

ques végétations restées sont enlevées par la curette; l'hémorragie est forte; — cautérisation avec perchlorure de fer et tamponnement.

Réaction légère. — Le 7 décembre, le mouvement fébrile recommence; écoulement modérément fétide. A droite et en arrière du col de nouvelles végétations. Les organes périutérins un peu tuméfiés. La température se maintient à 40° jusqu'au 18 décembre et descend après jusqu'à 39°. La malade a des collapsus, un œdème commençant du pied et de la jambe gauches. Le 23, l'œdème augmente; pas d'écoulement; dans le col quelques nodosités.

Peu à peu des douleurs apparaissent dans le membre gauche, des eschares au sacrum, une hypéresthésie générale énorme; douleurs fortes sur tout le trajet de la saphène. Mort le 16 janvier 1873.

\\ OBSERVATION V

Fibrome papillaire cartilagineux du col utérin. — Par M. THIECLE, docteur de Berlin. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynakologie, 1 Band, 1877, p. 460-466.

Le cas dont il s'agit concerne une femme de 40 ans, ayant accouché deux fois, il y a une vingtaine d'années, et se portant bien depuis. Il y a trois ans, elle fut atteinte pour la première fois d'une maladie des organes génitaux se traduisant par des symptômes vagues et se compliquant bientôt par des pertes sanguines irrégulières. Au début notre malade n'a attribué aucune importance à son état, et elle n'a consulté le médecin qu'au moment où rien ne pouvait plus arrêter l'hémorragie.

On constata alors une tumeur qui remplissait presque tout le vagin et était attachée au col utérin par un pédicule très ferme, tandis que la surface de la tumeur lobulée présentait un caractère fongueux et saignait au moindre contact. L'ablation de la tumeur fut aussitôt décidée au point le plus rapproché de son origine. Un examen plus complet fait constater que le vagin est intact et rend probable l'hypothèse que la tumeur polypoïde a pour origine la muqueuse du col utérin. Les lèvres du col sont un peu déjetées en dehors, l'orifice interne fermé, l'utérus tout entier un peu hypertrophié.

Les résultats de l'opération ont été très satisfaisants pour l'œil ; les hémorragies se sont arrêtées pour un temps assez long et le mauvais état général s'est amélioré notablement. Cette action favorable était évidemment due en partie aux injections souscutanées d'ergotine (?). Dans la suite, plusieurs abcès se sont produits, et la malade s'est soustraite au traitement ultérieur. Enfin quand les hémorragies suivies d'expulsion de morceaux de tumeur récidivée apparurent de nouveau, la malade fut tellement convaincue de l'incurabilité de sa maladie, qu'elle déclina toute proposition de nouvelle opération. En attendant, le néoplasme acquit à peu près le volume de la tumeur enlevée. C'est seulement quand, à la suite de fortes hémorragies continuelles, de l'albuminurie, etc., la malade fut dans un état de dépérissement extrême, qu'elle réclama du secours de nouveau ; mais la mort survint avant que l'ablation de la tumeur récidivée pût être entreprise. L'autopsie ne fut pas pratiquée.

OBSERVATION VI

Sarcome hydropique papillaire œdémateux du col utérin. (Archiv für Gynäkologie 1879; B. XIV page 178-183)

Th. S. (N° 42 1876/77) s'est présentée le 2 mai 1877 à la clinique pour un fort écoulement purulent des organes génitaux; elle a 17 ans; étant enfant elle se portait bien. Régliée il y a neuf mois, elle s'est aperçue bientôt d'un écoulement purulent, qui a augmenté depuis notablement. Pas de pertes sanguines en dehors des règles. La malade est grande, bien constituée, malgré sa pâleur, et a l'aspect d'une femme bien portante.

A l'examen, on trouve les organes génitaux externes vierges, l'hymen intact, le vagin libre; le corps de l'utérus n'est pas augmenté de volume; la lèvre postérieure est saine, l'antérieure est épaisse et augmentée de volume, couverte sur les bords comme sur la paroi interne par un pinceau de petites excroissances de 1 à 2 cm. de longueur, ovales, jaunes, brunes, transparentes, comme des kystes qui s'écrasent facilement par le toucher et font sortir un liquide filant.

Le lendemain, j'ai enlevé cette lèvre avec des ciseaux; une forte hémorragie artérielle se déclare; tamponnement avec du perchlorure de fer. A l'examen microscopique la nature des tumeurs ne peut être bien déterminée, la préparation y étant arrivée trop tard. On a seulement constaté qu'elles étaient couvertes d'un épithélium cylindrique, que leur tissu contenait de gros noyaux vésiculeux mais la coupe montrait un tissu normal du col utérin.

La malade se rétablit vite, et le jour de sa sortie, au 11^e jour (le 14 mai) la surface de la plaie paraissait couverte de bonnes granulations. Pas d'infiltration; mais

dans la partie supérieure du canal cervical se trouvaient, sur la partie antérieure des saillies plates et fermes. Ce n'est qu'au mois de février 1878 que la malade se présente de nouveau; elle raconte que jusqu'à il y a 4 semaines elle allait bien, excepté l'écoulement purulent qui ne cessait pas. Mais depuis quelques semaines elle a des pertes sanguines et c'est ce qui l'amène à l'hôpital. J'ai trouvé maintenant dans le vagin un amas de petits kystes à court pédicule, qui ressemblaient à des myxômes et en donnaient la même sensation. Ils distendaient fortement le vagin et descendaient jusqu'à la vulve; quand on essayait de pénétrer jusqu'au col, en les effleurant, ils s'écrasaient et saignaient. Ils naissaient de la paroi antérieure du col, remplissaient toute la cavité cervicale dilatée, gagnaient les commissures des lèvres, mais laissaient libre la lèvre postérieure qui restait courte et molle. La surface externe du col, comme la paroi vaginale, étaient saines. A l'origine de la tumeur sur la muqueuse cervicale et sur le moignon de la lèvre antérieure, le tissu se transformait en un réseau épais de gros cordons qui présentaient tout-à-fait la structure de placenta déchiré. Les cordons s'enfonçaient dans le tissu cervical, dont ils ne pouvaient être séparés sans effort. Toute la masse avec la paroi antérieure du col fut aussitôt enlevée après la séparation de la paroi antérieure du vagin; l'hémorragie était très forte et demandait de nouveaux tamponnements intensifs.

La partie enlevée était plus grosse qu'un œuf de poule. La coupe montrait un tissu cervical ferme qui devenait de plus en plus mou et moelleux à mesure qu'on approchait de la périphérie. Des néoformations gélatineuses vésiculeuses recouvraient en grand nombre la surface; elles étaient d'un jaune d'ambre, en partie gris-vert, sans vais-

seaux sanguins apparents ; elles s'affaissaient à la piqûre.

Les recherches ultérieures appartiennent à M. le docteur Weigert. Elles ont montré ce qui suit : Les néoformations kystiques s'élèvent de la masse solide fondamentale, isolément ou en groupe sous forme de grappes ; attachées par des pédicules minces, sphériques ou allongées, elles ont la grosseur d'un pois ou d'une cerise. Ces kystes cependant ne présentent pas de cavités vides ; leur tissu est constitué plutôt par un réseau de grandes cellules aussi bien fusiformes et ramifiées que rondes, entre lesquelles se trouvent des espaces transparents, clairs, traversés par des fibres fixes. L'acide acétique fait apparaître dans les cellules un gros noyau vésiculeux, mais ne trouble pas la coupe ; dans l'alcool ces espaces semblent vides et se rétractent tout-à-fait, ils deviennent de nouveau plus volumineux sous l'action de l'acide acétique dilué. — Sur les préparations durcies le réseau cellulaire est encore plus évident ; les cellules montrent autour des noyaux vésiculeux une mince couche de protoplasma qui se colore facilement (Bismurkbraun). La substance intercellulaire dans les préparations avec la liqueur de Müller est tout-à-fait transparente, traversée seulement par des fibres fines ; dans les préparations avec de l'alcool, elle se trouble un peu, mais s'éclaircit de nouveau par l'acide acétique.

Dans la masse fondamentale claire, on reconnaît encore des corps lymphatiques, isolés ou en groupes, ceux-ci seulement dans le voisinage de la surface. Entre les grosses cellules du stroma parcourent des vaisseaux à parois minces. A leur surface les excroissances dont il s'agit présentent un revêtement épithélial, cylindrique ; en outre chacune d'elles contient à son sommet une glande sphérique

avec plusieurs culs-de-sac latéraux, revêtue également par un épithélium cylindrique .

Le pédicule et la base des corps vésiculeux papillaires, aussi bien que les petites végétations sessiles qui se trouvent entre eux sont formés par les mêmes cellules pourvues de noyaux vésiculeux. Seulement les dernières sont plus serrées et la substance intercellulaire n'est plus tout-à-fait transparente.

On rencontre ici aussi des orifices glandulaires revêtus de cellules cylindriques à la surface, de même que des points plus clairs, mal limités dans le parenchyme, avec des cellules rares et des corpuscules lymphatiques nombreux; au milieu de ces points clairs se trouve ordinairement un vaisseau.

A mesure que la coupe s'approchait du tissu cervical infiltré, les cellules à gros noyaux devenaient plus serrées; les parties claires intermédiaires, les corps lymphatiques devenaient plus rares, et on voyait apparaître des fibres musculaires qui se distinguaient nettement des cellules décrites jusqu'à présent par leurs noyaux compacts, étroits, et fusiformes; enfin les fibres musculaires prédominent et passent dans le tissu normal de la partie du cervix extirpé.

Plusieurs récidives suivies d'opérations successives.

Le 10 mai, extirpation totale par le prof. Freunel dans ma clinique.

Description de l'utérus extirpé par le prof. Konfick :

« La néoformation se divisait dans l'uterus par l'orifice interne du col très dilaté en deux groupes différents de végétations polypeuses. Celles qui appartenaient au col se distinguaient par leur forme pédiculée rappelant des polypes muqueux par leur couleur jaune d'ambre, souvent

avec un reflet rougeâtre, et par leur consistance molle partout. Elles possèdent un revêtement continu des cellules cylindriques basses et sont constituées par un tissu très riche en vaisseaux. Les cellules arrondies et grosses sont tantôt disposées les unes à côté des autres, sans aucune substance intermédiaire, ou bien sont plongées dans un liquide séreux qui s'écoule aussitôt après l'incision. Beaucoup de jeunes cellules sont adipeuses, volumineuses; entre elles existent des noyaux cellulaires; de même les parois minces des vaisseaux montrent une dégénérescence graisseuses.

« Le corps utérin est un peu augmenté de volume, sa muqueuse est veloutée et enflée, un peu œdémateuse et pourvue à sa moitié inférieure d'un collier de végétations polypeuses semblables aux franges qui pénètrent et franchissent l'orifice interne. Quoique aussi molles et pulpeuses, elles ne sont pas cependant gélatineuses, et sont plus pâles que les végétations cervicales.

Elles possèdent de même un revêtement épithélial et une couche analogue de grosses cellules rondes, mais beaucoup moins de vaisseaux.

Plus en dehors, on trouve une couche de jeunes cellules musculaires lisses entre lesquelles les cellules rondes sont accumulées, c'est ainsi que le néoplasme pénètre dans le tissu musculaire. Les glandes manquaient dans toutes les végétations.

Supplément au cas d'hystérectomie communiquée dans Bd XV, S. 437, par SPIEGERBERG. (Archiv. f. gyn. 1880, XVI, p. 124).

Déjà quelques semaines après sa sortie de la clinique, la malade A. R. y retourne, avec un sarcome récidivé

dans le bassin de la grosseur d'un œuf de poule situé entre le rectum et le fond du vagin.

L'induration donnait la sensation d'un corps rénitent, semblable à un abcès à parois fermes. Il croissait en bas et en avant, comprimait la vessie, la repoussait en avant et en haut, comprimait après le rectum et détermina enfin une obstruction extrêmement grave. Contrairement à ce qui arrive ordinairement, les nodosités sarcomeuses se sont montrées dans la cavité abdominale relativement tard; on ne les a constatées que quelques semaines après la mort, qui arriva le 8 mars (4 mois après l'opération) à la suite de l'occlusion intestinale et de péritonite.

L'autopsie (D^r Marchand) démontra une péritonite purulente, plusieurs adhérences anciennes et récentes, entre les anses intestinales et le tissu environnant. La cavité du bassin était remplie par une grosse tumeur, située entre le vagin et le rectum, qui avait aplati les parois de ce dernier jusqu'à l'anوس et qui arrivait en haut jusqu'au détroit supérieur. Elle était molle comme un kyste, mais à paroi ferme et était formée à l'intérieur par une masse molle, faible, semblable à une bouillie parsemée d'infarctus hémorragiques.

Une tumeur pareille un peu plus petite se trouvait derrière le cœcum, dans la fosse iliaque droite.

Le fond du vagin était fermé par une forte cicatrice de 6 cent. de largeur, à laquelle adhéraient encore quelques fils de soie. Aux extrémités de la cicatrice se trouvait une ouverture fistuleuse, par laquelle la sonde pénétrait dans la cavité, grosse comme une noix, entourée de tissu cicatriciel et dont les parois étaient ulcérées; dans la cavité gauche se trouvait encore un fil de soie (ligature de l'annexe correspondante); il était difficile de juger, s'il y

avait existé ou non une communication libre avec la cavité abdominale. Au point de vue microscopique, les grosses tumeurs se comportaient de la même manière que celles extirpées avant.

Les parties blanc-jaunâtres, peu altérées, étaient formées par le même tissu sarcormateux fortement infiltré de sérosité, par des cellules fusiformes et étoilées avec une substance intermédiaire à peine distincte dans la plus grande partie, traversé par de rares vaisseaux. Au milieu, le contenu était hémorragique et en bouillie; ce qui a contribué à la formation des cavités kystiques, aussi bien que l'accumulation de substances intercellulaires liquides.

OBSERVATION VII (de REIN)

Myxoma enchondromades arboreceus colli uteri, par
D^r Georg REIN, du laboratoire de la clinique gynécologique, du professeur SLAVIANSKY à St-Petersbourg.

La couturière A. D., non mariée, âgée de 21 ans, est entrée à la clinique le 4 mars 1875.

Enfant elle se portait bien; réglée depuis l'âge de 17 ans toutes les 3 semaines; règles durant 3 jours sans douleurs. La malade est de taille moyenne, bien constituée, anémique.

Les organes thoraciques et abdominaux sont normaux. Des parties génitales s'écoule un liquide épais, verdâtre; l'orifice vaginale est rouge et tuméfiée. L'ouverture de l'hymen annulaire, avec son bord intact, est un peu élargie et laisserait facilement passer l'index. Le vagin est notablement distendu; ses parois sont lisses, tendues.

Dans le vagin, immédiatement en arrière de son ouverture, on sent plusieurs tumeurs ovoïdes ou sphéroïdes de consistance assez molle, de la grosseur d'une noix et plus petites suspendues par des pédicules minces et courts. La masse entière de cette tumeur rappelle par sa forme en grappe et par sa consistance particulière une môle hydatiforme.

Comme origine de la tumeur pouvait être considérée la lèvre antérieure du col ; mais avec le doigt passant en arrière de la tumeur il était impossible d'atteindre son insertion.

A l'examen au spéculum la tumeur ressemblait également par sa coloration à une môle hydatiforme.

Les antécédents sont les suivants : Il y a 16 mois apparurent des pertes blanches ; en mai 1874 la menstruation s'est établie avec douleurs et était plus abondante que d'ordinaire ; en même temps la malade s'aperçut que des parties génitales sortait un corps qui lui paraissait vésiculeux, une partie de ce corps est tombée, le reste disparut dans le vagin. La même chose s'est répétée pendant les règles du mois de juin. En juillet les règles étaient encore plus profuses et duraient 5 jours ; les masses saillantes étaient encore plus grosses. A partir du mois de juillet commencent des métrorragies irrégulières qui duraient parfois de 2 à 3 semaines, dans les intervalles un fort écoulement leucorrhéique. A partir de décembre 1874 les métrorragies disparaissent mais un fort écoulement de liquide purulent se déclare et persiste jusqu'à présent. — Outre les symptômes indiqués la malade a de la constipation et des douleurs en arrivant ; ces dernières augmentent pendant la procidence de la tumeur des organes génitaux, diminuent quand la tumeur se remet en place.

D'après les dires de la malade, elle n'aurait jamais eu de rapport sexuel.

Le jour de son entrée à la clinique la malade fut examinée par le professeur Krassovsky pendant une leçon : en même temps quelques particules de la tumeur s'échappent au dehors en provoquant une légère hémorragie ; il fut aussitôt décidé d'enlever complètement la tumeur. Au moyen d'une pince de Laner à crémaillère, quelques parties de la tumeur furent saisies et enlevées, ce qui a fait gagner tant de place dans le vagin, qu'on a pu glisser la chaîne de l'écraseur sur une grande partie de la tumeur jusqu'à la lèvre antérieure. La masse enlevée avait le volume d'un poing d'enfant. Il n'est pas survenu d'hémorragie. On enleva ensuite un amas de petites tumeurs qui naissaient également de la lèvre antérieure un peu à gauche de la première.

Le reste de la tumeur devait être extirpé plus tard.

L'état de la malade après l'opération était très satisfaisant.

Le 10 mars le professeur Krassovsky s'est décidé à enlever tout ce qui restait de la tumeur. Sous le chloroforme on constata que l'utérus était un peu en antéflexion et antéverson. Le corps de l'utérus est normal par sa consistance et son volume. Après le redressement de l'utérus on a pu constater que la tumeur sortait de la lèvre postérieure par un pédicule fin et étroit.

Une partie de la tumeur enlevée par morceaux, au moyen de la torsion avec une pince, on pouvait voir à travers les petites lèvres l'orifice externe du col. La tumeur avec la lèvre postérieure fut enlevée par l'écraseur.

L'hémorragie veineuse survenue fut arrêtée par la cautérisation au fer rouge.

La malade s'est rétablie aussitôt après l'opération. Tous les 3 jours on cautérisait la plaie avec la pierre infernale.

Le 5 avril, à la sortie de la malade de l'hôpital, on constatait que le vagin était revenu sur lui-même ; ses parois étaient pourvues de nombreux plis. Les deux lèvres sont d'égale grandeur ; leur surface est un peu rugueuse. L'utérus est modérément antéfléchi, mobile. La sonde pénètre jusqu'à 7 cm. de profondeur.

Le fond du vagin est libre. A l'examen au spéculum on trouve la plaie couverte de bonnes granulations ; une petite partie montre encore une eschare jaunâtre, produite par la cautérisation.

En avril et mai, ses règles étaient normales et duraient 3 jours. A la fin de juin, de petites végétations papillaires sur la lèvre postérieure. Depuis cette époque le néoplasme grossit vite et acquiert bientôt le volume d'avant l'opération. Un fort écoulement sanguinopurulent, fétide, qui épuisait fortement la malade, des constipations opiniâtres ; les difficultés d'uriner et des accès de fièvre survenant de temps en temps la forcèrent d'entrer de nouveau à l'hôpital le 1^{er} septembre 1875.

A son entrée on nota, outre les symptômes observés la première fois encore deux nouveaux : 1° Une sensibilité bien manifeste de l'hypogastre gauche, au fond duquel on sentait à travers la paroi abdominale une tumeur mal limitée ; 2° Dans la masse contenue dans le vagin on sentait à côté de parties molles des grains de consistance cartilagineuse.

Au courant du mois de septembre, la tumeur continuait à croître, la faiblesse de la malade, qui ne quittait plus le lit, augmentait de plus en plus, par suite d'insomnies, de

douleurs au bas-ventre, de constipation, d'écoulement purulent et fétide, de plus en plus abondant, de fréquents accès de fièvre qui montait jusqu'à 39°7.

A la fin de ce mois, la tumeur remplissait tout l'hypogastre gauche.

Le 29 septembre, l'extirpation de la partie de la tumeur qui se trouvait dans le vagin fut décidée, quoiqu'il était évident que le néoplasme avait gagné le ligament large du côté gauche, parce que la décomposition de la partie vaginale était cause de la septicémie qui faisait craindre une fin prochaine.

Toute la portion vaginale avec la tumeur fut enlevée par l'écraseur. On remarqua alors de nombreuses masses en forme de grappe sortant des parois du vagin. Ces parties furent aussi enlevées par torsion avec une pince. A la fin de l'opération, l'index pouvait entrer, à la partie supérieure du vagin, dans une cavité remplie de masses néoplasiques, par un orifice rond gris pouvant être pris pour l'orifice externe du col. — L'autopsie a démontré, plus tard, que l'ouverture était située dans le cul-de-sac gauche et menait dans une cavité située dans l'épaisseur du ligament gauche. Pendant l'opération l'hémorragie était assez forte. Pour l'enrayer on injectait de l'eau glacée et une solution de perchlorure de fer. A la suite d'une de ces injections, la malade ressentit une très forte douleur dans le bas-ventre, de sorte qu'on pourrait supposer que l'eau avait pénétré dans la cavité péritonéale.

La malade est morte le lendemain matin des suites de l'opération.

Les parties enlevées la première fois pesaient 90 gr. ; la seconde 122 gr. 5. Ces dernières à l'état frais avaient l'aspect microscopique suivant : Il y avait 60 pièces

isolées ; la partie principale, qu'on pouvait regarder comme la base de toute la tumeur, avait la forme d'un disque divisé en lobes ; elle avait 6 cm. de diamètre et 2 cm. 5, d'épaisseur ; elle pesait 42 gr. La couleur était blanchâtre et la consistance médulleuse. La coupe montrait une surface pareille à celle du carcinome médullaire, divisée en petites cellules, partout un réseau de fibres de différentes grosseurs.

Sur le bord du disque on remarque de petites tumeurs sphériques isolées dont la consistance est beaucoup plus molle, presque gélatineuse. A la coupe elles ressemblent beaucoup au tissu du cordon ombilical et sont divisées également par un réseau de fibres en plusieurs cellules. Les autres parties du néoplasme présentent ou bien des masses isolées, sphériques, de la grosseur d'un pois à celle d'une noix, ou bien de petites agglomérations de ces masses. Sur la coupe leurs tissus paraissaient très différents, variant entre les deux formes mentionnées de consistance médullaire et mytomateuse. Leur couleur est blanchâtre avec un reflet jaunâtre et verdâtre.

La masse récidivée, enlevée au mois de septembre, se présentait à l'examen fait 2 heures après l'opération sous la forme suivante : la partie principale pesant environ 100 gr. contient une partie du vagin extirpé — et du canal cervical ; toute sa périphérie est couverte de végétation en grappes. Le reste consiste de même qu'un grand nombre de pièces la plupart de la grosseur d'une noix à une noisette et quelques-unes encore plus petites. D'après leur forme quelques-uns de ces corps ressemblent aux choux-fleur, d'autres aux grappes de raisin.

En général, la tumeur récidivée ressemble à la première avec cette différence, que quelques parties sont gangré-

nées et dans quelques-unes on sent des noyaux de consistance cartilagineuse de la grosseur d'un pois et même plus.

La tumeur était composée de cellules, séparées par une substance intercellulaire plus ou moins abondante. Les cellules varient en grosseur et en forme. Elles diffèrent peu par leur volume des corpuscules blancs du sang mais le plus souvent elles sont notablement plus grosses. Leur forme est tantôt ronde, ou ovale, tantôt irrégulière, plus rarement fusiforme ou étoilée, dans ce dernier cas avec des prolongements anastomosés, comme on le voit dans le tissu myxomateux. On trouve des cellules rondes et ovales, généralement dans les parties qui ont une consistance médullaire, fusiformes et étoilées surtout dans celles qui ressemblent microscopiquement à la gelée de Wharton.

Le protoplasma est trouble un peu granuleux, en partie brillant et se colore mal par la plupart des réactifs. Le noyau de grosseur moyenne et le nucléole sont visibles dans beaucoup de cellules.

La substance intercellulaire n'est pas partout uniforme. Dans quelques préparations, surtout là où les cellules sont étoilées, elle est transparente, presque homogène, formée seulement par des fibres fines d'aspect granuleux, probablement à la suite de la précipitation de mucine par l'alcool ; dans d'autres parties la substance intercellulaire est distinctement granuleuse et trouble.

Le rapport du nombre de cellules à la masse intermédiaire n'est pas constant. Là où la tumeur paraissait microscopiquement médullaire, les cellules sont parfois si serrées les unes contre les autres, qu'on aperçoit seulement des traces de substance intercellulaire. L'état

contraire se rencontre surtout dans les parties ressemblant à la gelée de Wharton.

« Toute la surface du néoplasme regardant le vagin paraît tapissée d'un revêtement épithélial stratifié qui ressemble à l'épithélium normal du vagin.

» Toutes les parties de la tumeur sont riches en vaisseaux sanguins, dont l'endothélium est souvent gonflé.

» En différentes parties du néoplasme, entre autres aussi dans les bords de l'ouverture du cul-de-sac vaginal gauche, on trouve des nodosités rondes de différente grosseur, qui se distinguent aisément du tissu environnant. Les cellules ovales et anguleuses, souvent divisées en 2 ou 4 parties, avec un ou plusieurs noyaux à double contour, et la substance intercellulaire très réfringente, abondante et homogène, offrent l'aspect caractéristique du cartilage hyalin. »

OBSERVATION VIII

Autre cas de sarcome papillaire œdémateux du col; extirpation complète par la méthode de Freund. Par Spiegelberg. (Archiv. f. Gynokologie Berlin 1880. XV)

La servante A. R. fut envoyée à la clinique le 5 octobre de l'année dernière par le docteur Max Freund. 31 ans; premières règles à l'âge de 14 ans; accouchée deux fois, la dernière fois il y a 4 ans; suites des couches normales; toujours bien réglée. En hiver 1878-1879 des hémorragies irrégulières apparaissent; la malade s'adresse à M. le docteur Freund, qui trouve la lèvre postérieure du col parsemée et infiltrée de végétations papillaires molles. Il enlève la lèvre et cautérise la plaie au fer rouge.

Déjà, le 2 août, la malade se présente de nouveau, avec une récédive, qui, cette fois, accuse davantage la forme papillaire, des végétations, longues et molles, naissant de la muqueuse au niveau de la cicatrice laissée par l'opération antérieure. Elles sont excisées de nouveau et la surface de section cautérisée. Le docteur Binswanger reconnaît la masse enlevée comme étant un sarcome avec papilles notablement allongées et espaces lymphatiques inter-papillaires élargies.

A son entrée à la clinique, R. raconte que depuis la première opération de M. Freund, les hémorragies ont disparu, mais elles ont été remplacées par un fort écoulement purulent. Pas de douleurs, l'état général est bon.

A l'examen du 6 octobre, je constate : Grande et forte fille un peu pâle. Vagin libre. A l'orifice externe du col, dont la lèvre postérieure manque et l'antérieure est courte et déjetée en dehors, sort un bouquet de polypes longs de 2 à 4 cm, pyriformes, de consistance gélatiniforme, jaunes, très friables; ils ont pour base la paroi postérieure du col, où ils s'insèrent par de fortes racines, isolées, larges et courtes. Le corps de l'utérus est modérément grossi, en position normale, mobile, insensible à la pression; tissu périutérin libre, cul de sac dépressible, pas de ganglions tuméfiés nulle part.

Le 2 octobre j'ai excisé à leurs bases toutes les végétations, mais elles repoussent de nouveau, et le 1^{er} novembre j'enlève l'utérus avec ses annexes, par la méthode de Freund.

L'examen pratiqué par le docteur Marchand a donné les résultats suivants. Le néoplasme enlevé le 20 octobre est constitué par deux masses molles de 4 à 5 cm. de long divisées en plusieurs lobes d'une couleur jaune-rougâtre

transparente. Leur surface est lissée; des échancrures profondes la divisent en plusieurs lobules plus petites et de nombreuse petites végétations rondes sont situées autour de la surface de section; sur les bouts piriformes de quelques lobes on voit des espaces kystiques transparents.

La surface de section est inégale; son tissu est formé par des couches des cellules très serrées, rondes, sans substance intermédiaire apparente, de sorte que les fines cellules se distinguent à peine les unes des autres.

Les lobes examinés, après durcissement, sous le microscope, présentent partout sur leur surface un épithélium stratifié, bien conservé.

Les végétations sont riches en cellules et vaisseaux; à mesure qu'on s'approche de la surface de section, les cellules rondes sont plus abondantes et ressemblent plus à des granulations. Les vaisseaux sont très remplis et dans leur voisinage les cellules se serrent auprès d'eux et se transforment en grande partie en cellules fusiformes, qui, en partie, sont accolées les unes contre les autres, en partie sont séparées par une substance intermédiaire transparente. Enfin, dans les appendices lobulés polypiformes du néoplasme, la substance intercellulaire molle diminue, de sorte que le tissu prend le caractère myxomateux, avec cellules rares anastomosées; les couches tout-à-fait superficielles montrent de nouveau une structure plus ferme, même fibreuse. Les points transparents dans les appendices se montrent comme des cavités sphériques, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, limitées par un tissu dense riche en cellules; on ne trouve pas de revêtement épithélial spécial à la surface interne de ces cavités, de sorte qu'on ne peut pas les faire dériver des glandes. Ces espaces laissent écouler

par la piqûre un liquide clair et visqueux, incolore, finement granulé, qui reste par place accolé à la paroi ; quelques cavités contiennent un certain nombre d'hématies. Dans quelques petits kystes la masse principale du contenu était formée par des hématies.

OBSERVATION IX

Observation de Thomas (1)

« L'exemple le plus remarquable de polype glanduleux que j'ai rencontré est représenté par la fig. 232. La tumeur mesurait 10 centimètres de longueur sur 5 de diamètre. Elle emplissait complètement le vagin et s'insérait par un pédicule sur la paroi interne et la lèvre du col. A part une leucorrhée persistante et une névralgie pelvienne, la tumeur n'avait déterminé aucun symptôme grave, et ce n'est que pour l'obstacle qu'elle apportait aux rapprochements sexuels qu'elle éveilla l'attention de la malade, qui vint alors me consulter. Après son ablation la tumeur fut examinée par le docteur F. Delafield. Elle était constituée par des follicules du col hypertrophiés et réunis en forme de grappes de raisin par du tissu conjonctif. Le dessin qui la représente exactement est dû au docteur J. B. Hunter. J'ai pratiqué l'ablation avec une grande facilité au moyen de l'écraseur. »

1. Traité clinique des maladies des femmes, par Sillard Thomas. Trad. par le Docteur Auguste Lataud, 1887 p. 476.

OBSERVATION X (de WINKLER)

(Archiv. Gyn. B. XII. Berlin 1883. Page 312.)

Autre cas de Sarcome papillaire œdémateux du col et du vagin.

La femme de ménage A.G., 47 ans, se présente chez le docteur Langer le 14 septembre 1882. Enfant, elle était bien portante, réglée à 18 ans; la première menstruation durait 8 jours et était très abondante.

Mariée quelques années plus tard, elle a eu 6 accouchements, au nombre desquels il y avait 4 avortements avec fortes hémorragies; deux enfants seulement arrivèrent à terme et vivent encore.

Depuis le mois d'avril 1882, elle a de fortes hémorragies irrégulières qui durent 8 jours au plus, au dire de la malade, avec expulsion en dehors de sang liquide et de parties solides. En plus, douleurs des reins, insomnie et faiblesse croissante.

Elle s'était adressée d'abord au Dr Klotz à Dresde, qui trouva, le 24 juin, le col utérin très épaissi à gauche, de sorte qu'il croyait d'abord à une hypertrophie du col. Un écoulement hémorragique s'est déclaré ensuite et une néoplasie en état de décomposition.

Le col utérin fut amputé le 6 juillet, et la femme fut renvoyée au bout de 12 jours comme guérie.

Au bout de quelque temps de nouvelles hémorragies puis des écoulements. La malade est envoyée à Dresde.

Le Dr Langer fait les constatations suivantes: la femme est maigre, le teint jaunâtre, cachectique.

Du vagin s'écoule en abondance un liquide fétide. Si l'on

entr'ouvre la vulve, on voit en sortir une masse rouge noirâtre, rugueuse, brillante.

Le vagin est rempli par une tumeur papillaire molle, qui semble se continuer avec le col. L'orifice externe n'est pas accessible. Sur la paroi antérieure du vagin sont suspendues des masses polypiformes, dont deux arrachées involontairement furent extraites sans que la femme s'en doutât. Ces deux pièces, grosses comme des grains de raisin, un peu aplaties, ont un aspect gélatineux, infiltrées de sang et prennent une coloration de jaune-gris jusqu'au noirâtre.

Une préparation faite aussitôt des parties enlevées était composée principalement des cellules rondes avec de gros noyaux très nettement visibles après l'addition de l'acide acétique, et contenant plusieurs nucléoles brillants. Il y avait aussi, en petit nombre, des cellules ovales ou trapezoides et des cordons fins de cellules fusiformes.

La substance inter-cellulaire se voyait très peu dans les préparations dissociées.

L'opération fut décidée pour le lendemain. Elle fut pratiquée sous une irrigation continue d'acide phénique à 2,5 0/0.

M. le Dr Langer enleva peu à peu, au moyen des doigts et de la cuillère-tranchante tout ce qu'il pouvait, tâchant de réduire le volume de la tumeur, pour arriver jusqu'à son origine. Mais de cette manière on n'arrivait qu'à enlever les masses molles atteintes de décomposition putride ; plus haut, déjà au niveau de l'orifice vaginal, la tumeur devenait moins moelleuse, de plus en plus ferme et fibreuse. On fit passer alors l'un après l'autre trois écraseurs autour du pédicule, gros à peu près comme un poignet, mais chaque fois le fil se cassa. Quant

à la tumeur, elle avait le volume d'une tête d'enfant et remplissait presque complètement le vagin. Le pédicule de la tumeur semblait se perdre dans le cul-de-sac antérieur du vagin; le corps de l'utérus remontait de 2 à 4 travers de doigt au dessus de la symphyse, et semblait un peu augmenté de volume; le col n'était pas accessible. Dans le cul-de-sac vaginal postérieur, et aussi latéralement, se trouvaient des tumeurs isolées en bouquet, en grappes de raisin, qui furent arrachées par les doigts. Comme on ne pouvait pas réussir avec l'écraseur et comme d'autre part on avait la preuve que la cloison vé-sico-vaginale était envahie par le néoplasme et que, pendant une tentative d'enlever toute la tumeur, la vessie serait probablement intéressée, on était forcé d'abandonner le projet d'une opération radicale. M. le D^r Langer retira encore avec les doigts et les ciseaux des masses du volume d'un poing, passa à travers le pélicule aussi haut que possible un double fil de soie très fort et le troua en avant et en arrière; le moignon abaissé au moyen d'une pince de Museaux fut carbonisé avec le thermocautère. Une hémorrhagie en nappe assez forte fut arrêtée par la compression et le tamponnement avec de la gaze iodo-formée.

Le 25 septembre la femme part pour son pays.

Les masses néoplasiques enlevées par cette opération pesaient 158 grammes et avaient une coloration tantôt rouge-brun foncé, tantôt plus claire, rouge-gris. Pour la plupart c'étaient des pièces dilacérées, de différentes grosseurs, en outre quelques petites grappes intactes, vitreuses; la pièce la plus grande, sortant du pédicule de la tumeur, de huit centimètres de long, avait une consistance plus ferme et était couverte de végétations poly-

peuses, sessiles ou pédiculées, de la grosseur d'une noisette à une noix, un peu aplaties, vitreuses et transparentes.

Tout de suite après l'opération la néoplasie recommença à croître et même assez rapidement. La désagrégation devenait de plus en plus forte ; la décomposition putride et l'odeur infecte ne pouvaient être enrayées qu'au moyen de la poudre iodoforme et de tampons de gaze iodoformée. En même temps les forces de la malade décroissent ; la cachexie devient de plus en plus nette, un œdème léger aux malléoles se montre. De nouveau apparaissent des difficultés pour uriner. Selles normales.

A la fin d'octobre, la tumeur remplissait de nouveau si bien le vagin qu'elle était visible à la vulve et le 1^{er} novembre, à la suite d'un effort, elle sortit presque subitement par la vulve, comme une tête d'enfant, alors entre les cuisses de la malade. L'odeur horrible que ces masses néoplasiques répandaient autour commanda leur ablation immédiate.

Pendant une exploration du vagin, sous le chloroforme, on constata que la partie sortie du vagin ne présentait pas toute la tumeur, que le vagin lui-même était rempli par une tumeur encore plus grande, molle, formée d'une agglomération de polypes et paraissant être largement assise sur la paroi antérieure du vagin. La partie prolabée paraissait seulement un polype excessivement gros de la tumeur entière.

On ne pouvait pas espérer, bien entendu, enlever toute la tumeur. Le pédicule de la partie prolabée, facilement accessible et ayant 14 cent. de circonférence, fut serré avec une ligature élastique, la dernière liée et serrée avec un serre-nœud. La tumeur coupée avec des ciseaux, le

pédicule fut brûlé avec le thermocautère de Paquelin. On enleva alors avec les doigts autant que possible des masses se trouvant dans le vagin, sans hémorragie particulière. Après avoir brûlé aussi cette plaie avec le Paquelin, la plaie fut couverte de poudre et de gaze iodoformée, et le vagin, rempli avec des tampons iodoformés. Les parties enlevées pendant cette opération pesaient ensemble 218 gr. la pièce prolabée seule 172 gr. Elles ressemblent, quant à leur aspect extérieur, à celles enlevées la première fois; seulement les végétations polypeuses sont un peu plus grosses, plus remplies de sang extravasé. Au bout de 10 jours, la malade quitta pour la première fois son lit, mais se sentait très faible. Appétit mauvais, insomnie combattue par la morphine. Déjà au bout de 14 jours on s'aperçut que la tumeur continuait à croître; au bout de 4 semaines elle remplissait de nouveau tout le vagin et se montrait à la vulve. Cette fois elle n'est pas sortie de la vulve, mais en revanche croissait rapidement en haut.

Pas de difficultés pour uriner, constipation facilement combattue par des purgatifs légers. Appétit de plus en plus mauvais, vomissements de plus en plus fréquents; la malade dépérissait, ne quittait plus le lit à partir de Noël et mourait enfin le 18 janvier 1883, dans un épuisement général.

OBSERVATION XI (ENST KUNITZ)

Ueber papillome der postivaginalis uteri. Inaugural-dissertation, Berlin, 1883, p. 34.

Dame S., de la Russie, 20 ans. Mariée depuis 18 mois. Avortement il y a 9 mois. Le 7 avril, fut opérée pour une tumeur par un médecin de Warsovie.

La tumeur sortait de l'orifice extérieur du col ; elle avait un point de départ circonscrit et fut considérée après l'ablation comme une môle hydatiforme.

La pièce qui était entre les mains de la malade représentait une tumeur en forme de grappe et constituée par une agglomération de petits polypes aplatis à la superficie.

On pouvait voir encore sur la base de la tumeur les plis cervicaux très distincts, qui passaient graduellement sur la surface propre de la tumeur, en excroissances papillaires.

La surface externe de la tumeur a l'aspect d'une grappe et est couverte de végétations grosses et petites.

De la partie postérieure sortent en haut de petits polypes. Plus bas les polypes deviennent plus gros de sorte que la partie inférieure en contient les plus gros. Cependant on trouve aussi entre ces derniers de petits polypes et des papilles. La larg. de la tumeur est de 46 mil.

Sur une coupe passant par le canal cervical, on voit en haut la face interne du canal cervical avec ses beaux plis de la muqueuse.

On voit que la coupe a porté sur un tissu compacte, de sorte qu'on a l'impression d'une lèvre du col prolongée.

La surface de la coupe a un aspect homogène, ferme ; seulement du milieu de la base descend en bas et en avant une bande striée, rouge-brune, qui s'amincit de plus en plus, finit dans des petits polypes atteints par la coupe et contient sur son trajet des fissures fines et de petits enfoncements punctiformes. Cette bande contient les vaisseaux principaux de la tumeur. La surface de la coupe est entourée par les grosses et petites excroissances polypoides, qui sont atteintes en partie par l'incision et montrent leur connexion avec le tissu plus ferme.

Les polypes ont, en général, un aspect gélatineux; quelques-uns montrent des ecchymoses brunes, rougeâtres et bleuâtres.

Quant à la consistance de la tumeur, elle est naturellement altérée par la conservation dans l'alcool. Son tissu, assez ferme, se ramollit rapidement, si l'on retire la pièce de l'alcool et on la laisse quelque temps à l'air libre.

OBSERVATION XII (de PERNICE)

VIRCHOWS. Archiv. Berlin, 1888. Bd, 113, S. 46

D'un cas de myosarcome strio-cellulaire en grappes de l'utérus

Frida Peters de Wolgast, entrée pour la première fois à la clinique gynécologique de Greiswald, le 14 octobre 1886, déclare, que jusqu'à l'âge de 14 ans, elle se portait toujours bien et a eu ses premières règles à 15 ans.

Samenstruation était toujours irrégulière, tantôt toutes les 3-4 semaines, tantôt avec une semaine d'intervalle seulement; elle était toujours assez abondante, mais sans aucune douleur.

La malade n'avait jamais eu d'enfant. La malade raconte qu'à partir des pâques de cette année, pendant ses règles, elle voyait une tumeur apparaître au niveau des organes génitaux externes; que cette tumeur était de la grosseur d'une noix et disparaissait chaque fois, après la menstruation, spontanément. Avec le temps la tumeur a grossi assez pour ne plus disparaître après les époques, de sorte qu'elle était obligée deux fois de suite d'appeler une sage-femme pour la faire rentrer.

Depuis la première apparition de la tumeur, les pertes de sang seraient devenues plus abondantes.

Quand la malade se présentait pour la première fois à l'hôpital, elle paraissait une personne bien portante avec un facies normal et un système musculaire très développé. Toutes les fonctions, l'appétit, les selles, étaient normales. A l'examen des organes génitaux on constatait que l'utérus remontait un peu au-dessus de la symphuse et était assez gros; dans le vagin on trouvait une tumeur grosse comme un poing remplissant complètement le vagin et traversée au milieu par un canal.

La tumeur paraissait bosselée et présentait des saillies grandes et petites jusqu'à la grosseur d'une noix; elle sortait de la partie inférieure de l'utérus autant qu'on le pouvait constater sans abaissement de ce dernier. Après l'examen au spéculum il fut évident que la tumeur était constituée par un nombre considérable de petits polypes rouge-bleuâtres comme des vésicules d'une môle hydatiforme. L'incision d'une de ces vésicules en faisait sortir une substance gélatiniforme filante. L'hémorragie résultant de ces petites plaies était insignifiante.

Le 27 octobre, au moment des règles, la tumeur ressortait de nouveau des organes génitaux accompagnée de fortes hémorragies. Elle était alors du volume d'un poing et demi environ; elle s'est montrée dans toutes les parties telle comme nous l'avions déjà décrite, saignait beaucoup et l'on pouvait très bien voir qu'elle avait son origine à la portion vaginale très amincie et très allongée, dont une grande partie, encore parfaitement saine, se trouvait au niveau des organes génitaux externes. Le repos n'ayant pas donné d'amélioration, l'opération ne pouvait plus

être retardée et elle fut pratiquée très simplement de la manière suivante :

On a fait une incision cunéiforme du col de l'utérus ; l'hémorragie était insignifiante, et la plaie fut fermée au moyen de sutures profondes. Pendant la suture les fils coupaient facilement le tissu. Le vagin fut lavé, saupoudré avec de la poudre d'iodoforme et tamponné avec de la gaze iodoformée. L'état de la malade était très satisfaisant, et le 9 novembre elle quitta l'hôpital.

A sa seconde entrée, le 7 janvier 1887, la malade déclarait que la menstruation du mois de novembre s'était passée très régulièrement et qu'elle se portait très bien jusqu'à Noël. A cette époque les règles étaient revenues, mais cette fois-ci très abondantes et furent suivies d'un écoulement fétide des organes génitaux. A l'examen on constate de nouveau dans le vagin une tumeur grosse comme un œuf d'oie, qui à sa surface présentait de nombreuses saillies séparées les unes des autres par des sillons et qui saignaient au moindre contact. La tumeur s'effilait en haut et se terminait par un pédicule de 6 cm. de longueur, auquel la lèvre cervicale formait tout autour un bourrelet de 1/2 cm. environ de longueur.

Au spéculum la tumeur apparaissait gris-rougeâtre. Croyant à une récurrence de l'ancienne tumeur, nous avons décidé son ablation le 10 janvier 1887. A cet effet, la tumeur ayant été complètement attirée en bas fut prise dans l'anse du galvano-cautère, tout près du fond du vagin, et sectionnée lentement sans perte d'une seule goutte de sang. Aussitôt après l'ablation de la tumeur, nous voyons à la partie supérieure du vagin un bout d'épiploon, qui, soigneusement désinfecté par de l'iodoforme, fut remis en place et retenu par un tampon. La cause de ce

prolapsus était une inversion méconnue de l'utérus ; la tumeur adhérait au fond de ce dernier et fut excisée avec une partie du corps, des ligaments larges et des trompes, mais le col fut enlevé en partie seulement par le galvano-cautère, et une partie fut de la sorte conservée.

Après l'opération, aucun phénomène grave n'est survenu chez la malade.

Le 5 février la malade, guérie, quittait de nouveau le service.

Le 18 septembre 1887, la malade entre de nouveau à l'hôpital. A l'examen on constate dans le ventre une tumeur qui remontait en haut jusqu'au creux épigastrique et s'étendait à droite et à gauche jusqu'aux côtes.

Le 26 septembre 1887, on fait la laparotomie et on constate l'adhérence intime de la tumeur avec le péritoine. Tout essai de la libérer des adhérences amenait des hémorragies abondantes. La tumeur elle-même avait la couleur rouge bleu foncée, était ferme et saignait au moindre attouchement. C'est pourquoi on a dû renoncer à exciser une partie de la tumeur pour un examen microscopique. L'aspect rappelait complètement celui d'un sarcome de l'ovaire. La plaie guérit par première intention. Mais bientôt une dyspnée croissante, compliquée de pneumonie catarrhale hypostatique, hâtèrent la fin qui arriva le 27 octobre 1887.

Examen anatomo-pathologique.

Première tumeur. — La première tumeur avait l'aspect d'une môle hydatiforme à part ceci, qu'on pouvait voir dans un point un pédicule de 2-3 cm. de long gros comme le pouce, de sorte qu'on pouvait comparer la tumeur à

une grappe de raisin. Le pédicule et la tumeur toute entière étaient traversés par un canal qui se continuait directement avec la cavité utérine, donc les polypes doivent être considérés comme des végétations polypeuses nées autour du canal cervical. Après avoir fendu la tumeur on voyait que les polypes qui fermaient le canal étaient suspendus sur de longs et minces pédicules comme des cerises et étaient gros comme une lentille à un haricot. Les deux moitiés avaient la même surface bosselée. Les polypes de la surface étaient facilement isolables avec les doigts, avaient aussi de petits pédicules comme ceux du canal. Mais en d'autres points il y avait des parties plus grosses à base large, sessiles, sans division ultérieure ; il faut croire qu'elles étaient formées par plusieurs polypes.

Première tumeur. — A l'état frais les petits polypes étaient recouverts par une pellicule mince à l'épithélium cylindrique ou pavimenteux. Là où la séparation des polypes isolés est impossible, on peut cependant les séparer microscopiquement par les couches d'épithélium qui s'enfoncent dans la profondeur et divisent ainsi la tumeur en compartiments correspondant aux polypes primitifs. L'épithélium passait du polype sur son pédicule et de là sur le pédicule principal. Immédiatement au-dessus des couches superficielles se voyait déjà à l'œil nu, sur les coupes, une bordure rouge entourant dans la plupart des polypes une substance centrale grise, vitreuse, œdémateuse, dans d'autres uniformément rouge. L'examen microscopique montra que cela tenait à la très grande richesse en vaisseaux qui formaient par leurs anastomoses un réseau serré immédiatement au-dessous de l'épithélium. Le sang extravasé de ces vaisseaux colorait

uniformément en rouge plusieurs polypes et empêchait de voir leur structure. Plusieurs cellules contenaient du pigment brun-jaunâtre, ce qui prouve que le sang extravasé était d'origine récente. Déjà dans cette couche superficielle, aussi bien que dans le centre, se rencontrent des noyaux ayant l'aspect vitreux et donnant, dans les préparations fraîches, une réaction angloïde nette avec la solution iodo-iodurée.

Le caractère fondamental du tissu des polypes était celui d'un tissu conjonctif œdémateux très mou, contenant par places du tissu myxomateux ; les cellules étaient surtout accumulées autour des vaisseaux. Elles étaient tantôt fusiformes, tantôt étoilées, tantôt rondes. On rencontrait des cellules fusiformes à noyaux pourvues des nucléoles, présentant une striation transversale très fine reconnaissable seulement sur le bord du corps cellulaire.

On trouvait enfin dispersés sur les coupes de nombreux culs-de-sac glandulaires, tapissés par des cellules cylindriques ou cubiques, distendues, parfois par un contenu légèrement granuleux. Dans les pédicules le tissu est plus ferme et beaucoup moins œdémateux. On remarque plusieurs infractus hémorragiques.

OBSERVATION XIII

(DE MUNDE)

Myro-adenosarcome of the uterus. The American Journal of obstetrics, 1889, XXII, p. 126-132, ilir, p. 957.

Au commencement du mois de novembre 1888, je fus consulté dans mon service par le Dr V. B. Dunham de Southport pour une jeune femme non mariée, âgée de 19 ans. Il avait trouvé une jeune fille très anémique, con-

finée dans son lit par suite d'une faiblesse extrême, ayant depuis 2 ans au moins de pertes vaginales hydroïques, dont la cause n'était jamais connue, la malade se refusant toujours de se prêter à un examen.

Pendant cette période la menstruation était irrégulière. M. le Dr Dunhan trouva la vulve et l'orifice hyménéale fortement distendus par une tumeur myxomateuse friable, qu'il pouvait saisir et sentir se prolonger profondément et remplir la cavité pelvienne.

Pendant cet examen la tumeur myxomateuse sort en masse. Une tentative de tordre la tumeur sur son pédicule révèle sa structure ferme et son attache solide et cause tant de douleur à la malade, que celle-ci se trouve mal.

Comme l'ablation immédiate de la tumeur était naturellement indiquée dès que la malade s'est un peu remise du premier examen, nous nous sommes rendu le 23 novembre au domicile de la malade ; un examen complet fut fait sous le chloroforme, et, avec l'assistance des D^{rs} Dunhan, Osboane et Higgins, je procède à l'ablation de la tumeur. Je pouvais passer aisément toute ma main dans le vagin et contourner la tumeur qui occupait la cavité pelvienne toute entière et évidemment prenait naissance au centre de la voûte vaginale à laquelle elle était solidement attachée. L'examen bimanuel démontra que le petit corps de l'utérus se continuait avec la tumeur vaginale, qui se présentait ainsi comme le col entier, énormément hypertrophié. Le canal cervical était évidemment situé au centre de la tumeur, mais n'était pas visible à l'extérieur.

Pendant l'examen les polypes muqueux de la surface de la tumeur sortirent en masse, dont une partie, composée de vésicules oblongues de couleur jaune, avait une longueur d'une grappe de raisin. Au moyen d'un spéculum

de Sims je passe l'écraseur sur la tumeur aussi loin que possible et je l'enlève ; le reste cachait la voûte vaginale. La portion centrale de la tumeur avait une structure si ferme qu'elle craquait sous la pression du constricteur. La masse entière avec les masses myxomateuses expulsées pendant la manipulation, mesurait 5 bons pouces de long et 3 de diamètre. Pour prévenir l'hémorrhagie consécutive, j'ai passé deux gros fils de soie à travers la voûte vaginale et tamponné fortement le vagin.

La malade, anémique au dernier degré, a bien supporté le chloroforme et s'est rétablie de l'opération autant que possible, mais son médecin m'informe que sa santé n'est pas complètement rétablie et que la tumeur a grossi de nouveau jusqu'à la moitié du volume qu'elle avait avant l'opération. Une intervention opératoire nouvelle fut déclinée.

L'examen microscopique, fait également pour moi par M. le Dr Heitzmann, a démontré ce qui suit : La tumeur cervicale présente microscopiquement partout un nombre considérable de kystes ; sous le microscope on voit un tissu myxomateux, dans les réseaux duquel un nombre variable de corpuscules lymphatiques et adénoïdes.

Par places ces corpuscules lymphatiques se sont transformés en cellules sarcomateuses, quoique cette transformation n'allât pas très loin. Il y a aussi un petit nombre de glandes.

OBSERVATION XIV (de WINKEL).

Kehzbuch der Frak vankheiten. Leipzig. 1890. p. 482.

J'ai enlevé chez une dame de 40 ans, très affaiblie par une énorme perte de sang, se plaignant de grande fai-

blesse, de pesanteur continue, de tenesme vésical et de douleurs modérées, une tumeur du volume d'une pomme sortant de la lèvre antérieure. J'étais d'abord tout porté à me croire en présence d'un sarcome mou d'après son aspect extérieur. La surface ressemblait, par ses nombreuses bosselures fragiles, presque vésiculeuses, à un mycome du chorion, mais sur la coupe il ressemblait d'une manière frappante à un kyste glandulaire multiloculaire de l'ovaire au début. Sa malignité fut reconnue par ce fait que déjà, deux mois 1/2 après son ablation du col, toute la portion vaginale, même la voûte vaginale était couverte de tumeurs nouvelles de même nature. La plus grande partie en fut enlevée de nouveau; mais, comme l'extirpation totale était impossible, la malade en mourut bientôt.

Malheureusement l'autopsie n'a pas pu être pratiquée, la malade étant retournée dans son pays. Au premier examen, fait aussitôt après l'extirpation, la tumeur était molle, moelleuse, pauvre en sang et présentait sur une coupe des cavités innombrables remplies de mucosité visqueuse, vitreuse, cavités de la grosseur d'un poing à celle d'une lentille. Elles étaient disposées tantôt régulièrement, tantôt irrégulièrement les unes à côté des autres; la coupe montrait parfois une disposition rayonnante. Elles communiquaient entre elles et avaient des prolongements. Toutes les cavités étaient tapissées par un épithélium cylindrique dont les cellules étaient par place troubles, graisseuses, par place rompues et transformées en liquide vitreux qui remplissait les cavités d'une masse muqueuse. Dans les petites et très petites cavités, les cellules épithéliales, à la suite de leur accroissement, étaient tantôt aplaties et ressemblaient à l'épithélium bas des glandes de l'utérus gravidé, ou bien se trouvaient à l'état de prolifération très active et

contenaient deux ou trois noyaux. La charpente de la tumeur était formée par des cellules fusiformes, très fines, des lames cellulaires pareilles à celle de la muqueuse utérine normale. La tumeur contenait des gros vaisseaux isolés.

Le tissu propre de la tumeur n'a pas la même structure partout ; tandis que les interstices des kystes et les sinus sont composés de cellules arrondies et fusiformes, très serrées les unes contre les autres, avec substance intercellulaire très distincte, claire et quelques larges traits des faisceaux conjonctifs fibrillaires, légèrement sinueuse ; on trouve un peu plus près de la superficie, sous l'épithélium méttaypique, et principalement dans les excroissances papillaires de la superficie, des parties plus ou moins grandes, qui montrent une structure en réseau dont les minces fibrilles se croisant irrégulièrement et se ramifiant, forment dans leurs mailles une infinité de cavités de grandeurs différentes.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° Il existe une affection particulière qu'on peut nommer sarcome kystique en grappe de la muqueuse du col utérin.

2° Elle a pour point de départ la muqueuse du col de l'utérus et évolue soit vers le vagin, soit vers la cavité du corps utérin.

3° Elle a la forme extérieure en grappe et est composée de deux parties : une périphérique, molle, constituée par des polypes kystiques mous, friables, gélatineux, et une partie centrale, plus ferme, contenant parfois des noyaux de cartilage hyalin ou des fibres musculaires embryonnaires.

4° La tumeur a un caractère très maligne, récidive toujours sur place et détermine la mort, si l'on n'intervient pas assez tôt par une opération radicale, c'est-à-dire par une hystérectomie totale.

5° Le diagnostic de cette maladie est possible, même au début, et un curettage énergique serait alors susceptible d'amener une guérison radicale.

6° Toutes les fois que la nature d'un polype de

la muqueuse cervicale est douteuse, un examen hystologique est nécessaire, et un curettage énergique est indiqué.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Vu :

Le Président de thèse,

TILLAUX.

BIBLIOGRAPHIE

- WEBER. — Virchow's Archiv. 39 Bd., p.218.
- THIEDE. — Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynakologie. I Band, 1877, p. 460-466.
- KUNENT. — Archiv für Gynakologie, Bd. VI, 1874, Berlin.
- KUNITZ. — Ueber Papillome der Partiv vaginalis uteri. Inaugural-Dissertation. Berlin 1885, p. 34.
- SPIEGELBERG. — Archiv für Gynakologie 1879, Bd XIV, p. 178-183.
- Archiv für Gynakologie, Berl. 1880, XV.
- REIN. — Myxoma archondvomatades arborescens colli uteri. Archiv für Gynakologie, Berl. 1880, XV, p. 187.
- PERNICE. — Virchow's Archiv, Berlin 1888, Bd 113, p. 46.
- WINKEL. — Zehrbuch der Pranenk van kheiten. Leipzig, 1860, p. 482.
- THOMAS. — Diseases of women, 1880.

MANDÉ. — Myxo-adenosarcoma of the uterus.
The América Journal of obstetrics, 1889, XXII,
p. 126-132.
Ibid, p. 957.

WINKLER. — Archiv für Gynakologie, Bd XXI,
Berl. 1883, p. 312.

PLANNENSTIEL. — Das traubige Sarcom des Cervix
uteri. Archiv für pathologische anatomie und
physiologie und für klinische medecine. Herons-
gegeben von Rudolf Virchow. Bd 127, s. 1,
Berlin 1892. p. 305.

KLEINSCHMIDT. — Arch. f. Gyn. Berl. 1890, XXXIX
p. 115.

KAHDEN. — Ziegler's Beiträge, Bd. XIV, 1893.

SANGER. — Sarcome der Scheide bei einem drei-
jährigen Kinde. Arch. f. Gyn., Bd 16, Berl.
1880, p. 58.

DEMME. — 19 medecin Bericht in B., s. .95.

AHLFELD. — Arch. für Gyn. Bd. XVI, s. 135.

KOLISKO. — Wiener Klinische Wochenschrift
1889, n° 6 — 11.

